Nowiny Psychjatryczne

DZIEKANKA

ROK X. 1933 KWARTAŁ III-IV

PRACE ORYGINALNE.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka.
Dyrektor Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Wpływ pobudek artystycznych u psychicznie chorych.

Napisał Dr. med. Dr. phil. KAZIMIERZ WIZE.

Wykład wygłoszony na posiedzeniu naukowem lekarzy w Dziekance dnia 4-go marca 1933 r. przeznaczony na „XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu“.

I.

Mówiąc o wpływie pobudek artystycznych u chorych psychicznie, należy uwzględnić obok psychy, także i inne czynniki i pojęcia pokrewne, więc też i dowolne, lecz równocześnie pomocne i wygodne pojęcie „psychoidy“, które wprowadził do nauki Bleuler. Charakteryzując pojęcie psychoidy, jako dowolne i wygodne, nie miałem zamiaru iść śladem mało życzliwych i wręcz uszczypliwych krytyków książki Bleulera, widząc tam zalety, gdzie owi krytycy z lubością dopatruje się usterek. Krytycy ci należą jakoby do tych wszystkowiedzących uczonych niemieckich — gdzieby ich i poza Niemcami nie było! — dla których nie ma nic nowego, a których charakteryzuje Paulsen w przedmowie do swojego dzieła. „Wstęp do Filozofji“. Paulsen zarzeka się, że nigdy mu w głowie nie powstała myśl, żeby owych uczonych czegokolwiek on właśnie mógł nauczyć, a mimo to „książka jego życia“, wymienione właśnie co dopiero dzieło, doczekała się w niespełna 17 lat dwudziestujeden wydań. W oczach prawdziwego uczonego zachowanie się krytyków napiętnowanych przez Paulsena, musi się wydawać

ciasne, szkodliwe, przeciwne temu stanowisku, jakie zachwala równie wytrawny jak i uczony psychjatra, Auguste Marie, walczący za słuszność przekonania, że „zdobycie naukowej metody winno w przyszłości pozwolić człowiekowi, nie uważać hipotez za ostateczne prawidła".

W pojęciu psychoidy łączy Bleuler w jedno władze będące „sumą wszystkich funkcji celowych, pamięciowych, dążących do podtrzymania życia ciała i nerwowych ośrodków (z wyjątkiem tych funkcyj kory mózgowej, które przywykliśmy nazywać psychicznemi)".

Nauka o „psychoidzie" filozofującego psychjatry różni się od nauki o „psychoidach" u Driescha tem, że nie odosabnia „czynnika kierowniczego" od „czynnika tworzącego", „psychoidu" od „entelechji" tegoż autora. Psychoida, pokrewna wedle Bleulera z Arystotelesa „duszą kształtującą", „wydaje się ostatecznie zróżniczkowaniem praduszy, czy prapsychy, od której z chwilą powstania wyższego centrum nerwowego, odgałęziła się dusza mózgu, a w dalszym ciągu różniczkowania i dusza kory mózgowej". Psychoida zawiera w sobie wedle Bleulera pamięć rodzaju rozporządzającą doświadczeniem lat miljardów, tak daleko idącem, że się przekształca aż w „zakrzepłą jakość". Stąd jej nieomylność w stosunku do psychy, której „doświadczenie sięga lat kilkudziesięciu". Bleuler ma tu na myśli oczywiście tylko pamięć bezpośrednią i ciągłą, pamięć, która nie zapomina, zawsze jest obecną, chociaż z rodzica na dziecko przechodzi, od pradawności, od komórki glonu do następnej komórki glonu, w jeziorach gejzerowych i gorących początkowo morzach, później przez ścieśniony zalążek jajka i plemnika od organizmu do organizmu, wszystkich wód i lądów. Psychoida pamięć taką posiada, psyche nią nie rozporządza.

Istnieje wszelako innego rodzaju pamięć, jako własność psychy wyłączna. Pamięć ta, o której Bleuler zapomina, jest to pamięć pośrednia, wspomagana nauką domową i szkolną, rodzicielską i stadną u zwierząt, rodzicielską i publiczną u ludzi, krajową i światową u narodów, przekazywana drogą tradycji i badań źródeł dziejowych, odczytywana z pism, druków i pomników, z pokładów geologicznych i z rozważań kosmologicznych.

Dopomaganie swojej pamięci przez odczytywanie takiego lub innego pisma nie istnieje wyłącznie u ludzi. Znają pismo nie tyle określone konwencją, ile intuicyjne np. chemiczne, odczytywane za pomocą węchu prawdopodobnie pszczoły, mrówki i termity. Mrówki i termity, umieją rozpoznać „zapach gniazd" u wrogów podczas walki między sobą, w czasie wojny o teren. Używają „pisma che-

micznego“ dalej i zwierzęta, żyjące z łowów, przedewszystkiem gatunki dzikich psów, zmuszonych w ten sposób wytykać drogę z dalekich wypraw na wystających przedmiotach. Jest to może i coś w rodzaju zatykania flag na własnych, czy nowo zdobytych na wrogu terenach. Już młody piesek czuje się jakby pewniejszym w pokoju, do którego pierwszy raz się dostał, kiedy w opisany sposób weźmie go w posiadanie. Istnieje dalej niezawodnie zapach rozpoznawczy śladów, tropów do miejsca paszy, lub wody do picia. Istnieje i koprografja u kuropatw, bażantów, zajęcy, królików, ptactwa morskiego z ich guanowemi pokładami; istnieje poikilografja, wskazująca i przypominająca drogę do nektaru dla owadów, zapylających kwiat. Stelografja, paradizografja altanników powtarza się w układaniu głazów druidycznych, kalendarjów astronomicznych, alei zwycięstw, placów publicznych poświęconych herojom narodu, w budowie miast z ich polami Marsa i błoniami elizejskiemi, zakończonemi łukami tryumfu, grodów, nad któremi panuje akropol, czy kapitol, czy Wawel, czy Góra Lecha z niewyzyskiwanemi już obronnemi ozami i morenami, świadkami dawnych schronów i wypadów.

Pośrednia pamięć zdobyta przez psychę szczególnie u ludzi nie bez trudu, uzyskana częstokroć, nie jako czysty metal, lecz jako kruszec, jako zagadka, kryptogram hieroglif, nie jako zjawisko, lecz jako zagadnienie, chwiejna jest i omylna, narażona na zagubę np. wskutek zasypania piaskiem pustyni miast i lądów, jak w Mezopotamji, wskutek zalania ich głębinami wód, wskutek zatopienia ich w lawie. Mimo to ta pamięć psychy ogarnia czasowo bodaj czy nie tę samą dawność, co pamięć psychoidy, zdobywając rozpiętość zakresu przestrzennego szerszą niż psychoida, bogatszą, różnorodniejszą. W utrwaleniu pośredniej pamięci psychy dopomaga pamięć hiperfenomenalna, jaka tkwi w hiperfenomenach takich, jak język, obyczaj, religja, sztuka. Jest to ów Beethovena „wyższy świat wiedzy, który obejmuje wprawdzie człowieka, ale którego on sam objąć nie potrafi“. (Z listu Bettiny Brentano do Goethego).

Nauka Bleulera o psychoidzie jest śmiała, lecz mimo to oczywista i należąca do nauk torujących drogę, aczkolwiek zawiera niedomówienia i — jak widzieliśmy — omyłki. Pochodzi od lekarza i przyrodnika, a zaspakaja głód duchowy najskrajniejszego metafizyka. To, co zdawać się mogło dawniej dowolnością metafizyczną, zdobyło jeśli nie eksperymentalną pewność, to przynajmyiej wartość arytmetycznej wstawki, potrzebnej do obrachunku, połączonej

z dogodnością, jaką daje np. wzór chemiczny i wszystkie te pożyteczne formułki, w jakie obfitują słusznie, czy niesłusznie tak zw. „nauki ścisłe“. Greckie pojęcie konieczności (ananke), koncepcje Arystotelesa o entelechji, teorje Stoików o logos spermatikos i o fantazji, nauki o wielości dusz u Arystotelesa i u późniejszych monadologów, jak Giordano Bruno, Leibnitz, Lotze, Lutosławski, Bostroem, Kramarz, o nisus formativus (Blumenbach, anatom, Naegeli, przyrodnik, Libelt, filozof, ksiądz Frohschammer, „katolicki“ filozof, o duchu, który sobie ciało buduje (Fryderyk Schiller. Śmierć Wallensteina Akt III. sc. 13), o virtualité créatrice (Hoene-Wroński, Libelt), o élan créateur (Bergson), o wyobraźni twórczej (Schelling, Libelt, Frohschammer, Ribot) o pamięci rodzaju (Ribot, Hering, Semon, Wize) o epifenomenach (Huxley, Maudsley, Ribot) o hipostazie (Plotin), o hiperfenomenach (Beethoven, Bostroem, Wize), o psychice ponadindywidualnej (Becher), o duchu przedmiotowym („objektiver Geist“, Hegel, Nicolai, Hartmann), o duchu świata („Weltsseele“ Schelling), o fikcyjnej celowości (Vaihinger, Eisler), o skokowości, przerastaniu w nowość (Słowacki, Darwin, Lloyd Morgan, Supiński, Wize), wszystkie te mniej lub więcej metafizyczne fikcje przechodzą nową próbę wartości.

Nic się nie sprzeciwia mimo uznawania psychoidy jednakże i innemu ujęciu zagadnienia, przyznaniu n. p. istnienia obok duszy świadomej w mózgu, także i duszy rdzenia (Al. Piotrowski), duszy móżdżku, pnia mózgowego, mezencefalu, duszy współczulnej, duszy roślinnej, duszy poszczególnego narządu, duszy płodzącej z jej pragnieniem rodzenia, narażonej nieraz w chorobliwy sposób na wszystkie kaprysy niezaspokojonej czy okaleczałej libido, na przerost w tym kierunku, tak ważny szczególnie u niektórych ludów śródziemnomorskich z ich kultem Baala i Astarty, u czcicieli Falusa, ze względu na wypływ kontaminacyjny, wywierany na psysze. Wolno nam też nadal mówić o dysocjacji centrów, o psychiźmie wyższym i niższym, o geno - feno - eko - typie i psysze, o poligonie psychicznym, o rozszczepieniu tegoż poligonu (Despine, Grasset, Jaroszyński, Sokołowski). Wolno nam ponadto przypuścić istnienie całych miljardów dusz wszystkich komórek ciała, czy to zwierzęcego, czy roślinnego, czy „zoonu“, czy „bionu“, uwięzionych w tkankach, albo porozpinanych jak komórki nerwów w szarej istocie mózgu, w zwojach, albo „nomadyzujących“, jak glony porostów i hydr, jak białe i czerwone krwinki zwierząt. Bleuler pisze obrazowo: „Komórki mają co opowiadać sobie o organiźmie, jego kształtach, o jego

chemji, o czynności, o głodzie krwi i nasyceniu, o wtargnięciu żywych i martwych obcych ciał, i o obronie przed niemi, o działaniu innych części ciała, o wydarzeniach jednostkowych i o skupionych w jedność, albo o oderwanych ogólnych zjawiskach".

Od Bleulera z jego psychoidą już tylko krok do duszy kryształów, stałych i płynnych, elektronów i eteronów. Przypomnieć sobie należy tu, że już na początku bieżącego wieku pisał Lehmann, że kryształ posiada „conajmniej" to, coby należało nazwać „pamięcią formy". Zarówno Bleuler jak i Lehmann, albo dawniejszy od nich Józef Kremer, jak i Aleksander Piotrowski i wielu innych, są monistami, zwolennikami jedności duszy i ciała, siły i tej tak bardzo fikcyjnej materji skutej w jądra atomowe, opierające się rozbijaniu. Dla nich „ciało i dusza nie są dwiema różnemi substancjami od siebie oderwanemi i oddzielonemi, samodzielnie istniejącemi, lecz jedną i tą samą rzeczywistością, manifestującą się w różny sposób" (Al. Piotrowski).

II.

Fikcja o istnieniu psychoidy w zrozumieniu Bleulera i wszystkie inne fikcje jej pokrewne wysuwają się na pierwszy plan przy badaniu stosunku psychicznie chorych do artyzmu, nietylko we wszystkich jego kierunkach, czy to twórczym, czy odbiorczym, czy odtwarzającym, ale i pod wszelkiemi jego postaciami, czy to poezji, czy muzyki, czy sztuk plastycznych, czy tańców, czy sportu. Główny nacisk padnie tu wszędzie przedewszystkiem na formalną stronę artyzmu, ponieważ psychoida w tym kierunku najbardziej się rozwija, pozostawiając treść pod władaniem psychy. Zjawiska psychoidalne wydają się zmechanizowaniem pobudek pierwotnie psychicznych o treści doraźnej, nowej, lecz zakrzepłej później w stałe sposoby załatwiania powracających zadań. Mimo tego zmechanizowania i usamodzielnienia psychoidy zachowuje się łączność między wrażeniami psychicznemi i tem, co należy do psychoidy, tak jak istnieje łączność między samodzielnemi ruchami serca i płuc, między wydzielaniem soków trawiennych a — psychą.

Nic może tak, jak obserwacja psychicznie chorych w kierunku chociażby tylko ich wrażliwości artystycznej, nie wykazuje równie bogatego materjału dla badacza. Wydaje się, jakoby prapsycha wywodząca istnienie z pierwszej komórki, starała się wprawdzie, z jednej strony, zachować świadomość w zespole komórek, w organiźmie, skupiając ją w korze mózgowej, w tem środowisku wrażeń, odbieranych głównie przez pięć naczelnych zmysłów, wzroku,

słuchu, smaku, powonienia i czucia ogólnego, lecz odciążała siebie mimo to, z drugiej strony, przez częściowe lub całkowite zmechanizowanie całej grupy wrażeń, zależnych od reszty zmysłów i narządów. W ten sposób zmysł równowagi ciała stał się samodzielniejszym, uboczniejszym od wymienionych pięciu, zajmując jakby zakres jaki eksterytorjalny w móżdżku, mimo równoczesnego zajmowania terytorjów w korze mózgowej, a więc niepozbawienia się łączności z pięcioma zmysłami naczelnemi. Eksterytorjalnemi w stosunku do psychy stają się poniekąd u człowieka także wrażeniami ze stałą ciągłością jak np. tykanie zegara, którego nie słyszymy, aczkolwiek spostrzeżemy się, gdy zegar tykać przestanie. O oddychaniu i braku powietrza psyche nie potrzebuje pamiętać; może jednakże oddech wstrzymać na czas pewien np. przy nurkowaniu. Na serce, na wydzielanie soków trawiennych, na wzbudzenie organu cielesnego wpływ psychy samej jest pośredni i często niewystarczający.

W stosunku do człowieka normalnego, psychicznie chory jest osobnikiem, u którego psyche albo pewne części jej, stosunkowo do ubytków materjalnym substancji mózgowej, przygasły, lub wygasły, podczas, gdy psychoida, zależna od całości została zachowana.

1. W zakresie poezji, w twórczym kierunku, gadatliwość chorych szuka zadowolenia w rymowaniu, wynajdywaniu i tworzeniu neologizmów. Wygląda, jakby psychoida korzystała z popuszczenia cugli przez psychę i pragnęła uwolnić z uwięzi cały napór słów utworzonych przez siebie, albo i przekazanych może genetycznie. Mówi się w psychjatrji wtedy o zespole myśli mówionej, „le syndrome de la pensée parlée“ (Baruk). Na tem samem tle genetycznem możnaby ponadto tłumaczyć niektóre „jasnowidzenia“, oraz „znajomość języków nieznanych“. Byłby to naturalny sposób wyjaśnienia zjawisk, które zwykle kładzie się na karb suggestji, albo nawet cudu, czy jakiego „histerycznego“ względnie „pytjatycznego“ zakłamania i tego oszukańszego skierowania się całej narodowej kultury, z jakiem spotykamy się w wyjątkowych chwilach, n. p. u nas w czasie panowania Towianizmu, stale szczególnie u ludów wschodnich, występującego czasem nawet w kierunku złodziejstwa, czy szachrajstwa u Cyganów, Fenicjan, Hindusów. Należy tu może zaliczyć również i to, co nazywali Grecy za czasów Aleksandra Wielkiego *gimnosfizmem*.

Goethe wyrzekł wobec Falka, co następuje: „Napięcie (Intention) monady świata zdolne jest wydobyć z ciemnego łona pamięci

coś, co wygląda, jak jasnowidzenie, co jednakże jest tylko pamięcią... Byłoby nie dozwolonem przedsięwzięciem, stawiać zaporę rozbłyskom pamięci duchów wyższych, lub określić stopień, któregoby się to rozjaśnienie trzymać miało. W ten sposób ogólnie i w historycznem ujęciu uważam trwanie osobowości za coś zupełnie możliwego".

By uzgodnić wszystko, co tu co dopiero powiedziałem, na to trzebaby nie proktofantasmisty, ani żadnego innego przez Goethego, czy przez Mickiewicza źle zrozumianego przedstawiciela filozofji oświecenia, lecz sumiennego psychjatry, który razem z prawdziwymi filozofami oświecenia nie przesądza, nie narzuca lecz tylko rozpatruje. Ze strony psychjatry nie grozi błogosławionej stygmatyczce, czy bohaterce narodowej, ani tortura, ani stos, jak tej lub owej parafjalnej czarownicy, albo choćby samej Joannie d'Arc. Nie grozi jej też i los zniesławienia literackiego.

Ofiarą takiego zniesławienia stała się znana w dziejach literatury „Sybila Romantyki", genjalna psychopatka Bettina Brentano. Zarzucono jej fałsz i oszukańczą afektację. Tymczasem wyjawiła nam słowa Beethovena tak przedziwnej treści, że przewyższają wszystko, co ktokolwiek o muzyce, o poezji, o twórczej roli genjuszów, o filozofji, o Bogu wyraził. Wobec tego wcale już nie chodzi o to, czy Beethoven słowa podsunięte mu przez Bettinę rzeczywiście wypowiedział pod wpływem takiego, czy innego „raptusu", jak sam się o tem wyraził. Wystarczy przekonanie, że mógł je wypowiedzieć, albo, że je tylko o jego muzyce wypowiedzieć było można. Chwała Bettiny będzie równa, czy z tego powodu, że ją do słów tych muzyka i osoba Beethovena natchnęła, czy też z tego, że ta, jak ją Goethe nazywa, uprzykrzona kleparka, albo bolimuszka („leidige Bremse"), umiejąca wedle słów Romain Rolanda, też i parsknąć, jak „kotka w psi pysk Zeltera", potrafiła Beethovena natchnąć do wynurzeń innych zaprawdę, jak wobec Schindlera, którego można było zadowolnić zawsze wiadomością „Dzisiaj mamy znowu niepogodę". „Genjalne dziecko" pozostanie niem, zachowa swój urok niezatarty, choćby się to dziecko zamieniło z czasem na siwowłosą staruszkę, rozrzewniającą się nad snem swego życia, nad „wymianą listów Goethego z dzieckiem", tak, jak istnieją z drugiej strony pożałowania godne ludzkie osobniki, które nigdy prawdziwemi dziećmi nie były.

W odbiorczym kierunku, w zakresie wrażeń z twórczością poetyczną związanych, spostrzegamy u psychicznie chorych gotowość

słuchania deklamacyj. Zdarza się, że psychicznie chory choćby najbardziej rozdrażniony, słucha z uwagą poezji, często zupełnie niezrozumiałej dla niego, zapominając o własnem podnieceniu. Na przedstawienia teatralne i kinematograficzne można śmiało zaprowadzić niejednego chorego, chociażby w czasie podniecenia. Melancholijna, bardzo poważna deklamacja, pesymistycznie nastrojonej pacjentki, wygłaszającej ją z prawdziwie manjakalnym uporem przeciw radom lekarskim, podoba się lepiej od krotofilnie wypowiedzianego wiersza przez uzdolnionego psychopatę. Podobnie kazanie, mało zrozumiałe, o podniosłych tajemnicach wiary, znajduje więcej uznania od zrozumiałego, jasnego dla wszystkich „listu pasterskiego".

W kierunku odtwórczym, w dziedzinie poezji, pokazuje się, że chory psychicznie, niezdolny do logicznego myślenia, z daleko idącą zmiennością uczuć, z załamaną chwiejną wolą, bywa nieraz najlepszym aktorem i deklamatorem umiejącym wmyśleć się w sytuację w skojarzony sposób. Zdawałoby się, że pozbył się niepokoju chorych części mózgu, że wzmocnił ten czy ów bok zawietrzały, czy w gruz rozsypany, swojego poligonu psychicznego, pozwalając działać niedotkniętym jeszcze przez rozstrój cząstkom psychy, czy też nie psysze, lecz — psychoidzie. Aliści, bezpośrednio po przedstawieniu najlepsza właśnie z wszystkich aktorka, zwraca się do lekarza: „Pan doktór mnie wybawi, chcą mnie tutaj otruć czychają na moje życie. Mam być stracona; muszę stąd uciekać. Słyszę samolot, który mnie zabierze".

2. Pokrewne zjawiska, jak w dziedzinie poezji, napotyka się u psychicznie chorych i na tle muzyki, w obrębie jej dźwiękowych nastrojów i jej rytmicznego znaczenia. Przytem, jak wśród ludzi zdrowych, tak i wśród psychicznie chorych, pospolita, szara większość interesuje się przedewszystkiem muzyką lekką, sentymentalną, a poważną muzyką przyjmują się stale tylko wyjątki, albo na pewien czas i wśród psychicznie chorych dość rozpowszechnieni — snobi. Do lubowników muzyki lekkiej i płytko sentymentalnej należą co prawda nieraz i ludzie wybitni. Smak muzyczny Stendhala i Schopenhauera nie był wybrednym. Herriot w książce swej o Beethovenie przytacza z Schopenhauera bardzo trafne, głęboko ujęte wynurzenia o muzyce; dziwi się tylko, że przykładem, który przyświecał frankfurtskiemu zapoznanemu za życia w Berlinie i rozgoryczonemu z tego powodu rywalowi Hegla, był nie Beethoven, lecz ceniony tak samo przezeń jak i przez Stendhala - Rossini. Rozka-

pryszony Nietzsche miał ten szczególny gust, że wyrzekając się Wagnera, stał się wielbicielem — Bizeta.

Inaczej bywa z muzyką u psychicznie chorych, gdy zadziała połączenie powagi z nastrojami obrządków i czci czy to patrjotycznej, czy religijnej. Budzą się wtedy u chorych przemożne rytmy uczuć gromadnych, przywiązań obyczajowych, tak samo dobrze zharmonizowanych, jak psychoida ustroju wielokomórkowego, nie znająca żadnego warcholstwa duszy jednostkowej, czy uwiedzionych mas. Psychoida włada nad psychą, czy może nad całym poligonem psychicznym jeden jego narożnik, czy może całość nad „psychami cząstkowemi“ „Teilpsychen“, w które Bleuler każe nam wierzyć ze względu na schizofreników. Rozproszone „ergje“ skupiają się w energję, (Bleuler). Niechby cała sala, cały oddział rozkrzyczał się jak dżungla, pełna ptasiego jazgotu, czy tygrysiego poryku, wystarczy, żeby pielęgniarka, albo jaka fanatyczna chora dewotka zaintonowała pieśń nabożną, żeby pielęgniarz, albo który z chorych, jaki dalekowidzący polityk, mający w głowie rozwiązanie problemu powodzenia narodów i wszystkich warstw społeczeństwa, zaśpiewał hymn, a uspokoją się najczęściej wszyscy i poczną śpiewać do chóru, albo przynajmniej słuchać będą, jak drudzy śpiewają. Stąd wielkie znaczenie obchodów patrjotycznych w zakładach dla psychicznie chorych, wielka doniosłość uroczystości świątecznych, nabożeństw religijnych w kaplicach zakładowych w czasie świąt i podczas miesięcy poświęconych szczególnemu nabożeństwu, stąd na codzień pożyteczność znanego w lecznictwie psychjatrycznem „zorganizowanego hałasu“, nazwanego tak przez autora, Aleksandra Piotrowskiego. Psychoida bierze górę nad niesforną psychą, podobnie, jak czasem i mówca nad całym parlamentem posłów, uległych psychozie mas, ciskających kałamarze, wyrywających pulty, robiących hałas piekielny, w braku czego innego, umiejętnie poskładanemi papierowemi komunikatami rządu, posłów myślących i pamiętających rzeczywiście w szczerszy sposób o sprawach przewodu pokarmowego, niż o tem, na co ich dobroduszni wyborcy do sejmu, czy parlamentu wysłali.

Utalentowany „schizofazyk“ z duszą „roztańczoną“, czy „hebefrenik“ z duszą „sztywniejącą“, z odziedziczonemi po przodkach engramami talentu muzycznego, zapomną o swoich urojeniach, powstrzymają pod wpływem muzyki swoją niezborną gadatliwość, swoją epigramatycznie przykrą, wyrokującą złośliwość, najdalej idącej animozji. Na pytania, dotyczące melodji, szkoły, autora

utworu, odpowie rzeczowo z wyczuciem danego stylu, czerpiąc z doświadczeń swoich i dawniej pobranych nauk, spoczywających już może tylko w psychoidzie, jak w jakiej szkatule, podatnej do wglądu. Muzyk ów podczas słuchania pozna się od razu na wszelkiej dysharmonji, niekoniecznie krytykując, lecz oceniając ją, zależnie od nastawienia, całkiem rzeczowo jako zajmujące muzyczne zagadnienie.

W zakresie odtwórczym nie trudno zebrać wśród psychicznie chorych chór śpiewaków, orkiestrę muzyków wykonywujących. Zadanie kierownika często bywa łatwiejsze z chorymi niż z ludźmi normalnymi, wśród których nieraz walczyć trzeba z zazdrostkami, z obraźliwością. Genus iritabile vatum.

3. Nieinaczej, jak artyzm, opierający się na dźwiękach i odgłosach, działa na psychoidę i przestrzenny artyzm, wyrażający się w sztukach plastycznych. Mamy psychicznie chorych rzeźbiarzów, malarzów, rysowników i architektów. Nieokiełznana fantazja, jaką tu niektórzy objawiają, świadczy wyraźnie o stanie duszy, psychy, o jej urojeniach, zależnych od ogólnego nastroju. Właściwości psychoidy wyrażają się przedewszystkiem w uzdolnieniu chorych do opanowywania form matematycznych, nietylko prostych, lecz i syntetycznych, dekoracyjnych. To, co wykonywa psychoida rośliny w układzie gałęzi, gałązek, liści, oraz kwiatu i jego części, psychoida pszczoły w ulepianiu więzy i jej komórek, psychoida embrjonu w kształtowaniu tkanek i narządów, psychoida pawika nocnego, lub jedwabnika w architektonice oprzędu, widłoogonki, albo pokrewnej Hoplitis Milhauseri, w wypergaminowaniu pochewki, przeznaczonej na ochronę poczwarki, psychoida sikory albo ptaka tkacza w budowie gniazda, altannika w założeniu siedziby, to, co wykrysztala pamięć formy w poszóstnym krysztale śniegu, w podwunastnym rombododekaedrze granatu, w poczterdziestoósmym krysztale djamentu, w dekoracyjnie ułożonych kształtach lodowej powłoki na szybie zamarzniętych okien, w czerepie ośroniałej dziury w ścianie śnieżnej i w całkiem skośnych nawet systemach krystalizacyjnych, to, co zachowuje się w kombinacjach izomerycznych drobiny, w systemach planetarnych, a może i w poligonach psychicznych, to spełnia psychicznie chora w pracy szydełkowej, koronkarskiej, wykonują chorzy w rysunkach stylizowanych, w pracy snycerskiej, w utkanym kilimie. Linja dzieli się równomiernie lub rytmicznie, jest łagodnie wygięta, jak widnokrąg, jak okrąg widzenia zakreślony oczodołami, albo kędzierżawa, jak rąbek uliścio-

nego drzewa u Matejki, jak kontur starego dachu słomianego, prowadzony ręką Wyspiańskiego, albo podzielona, jak wiersz skandowany. Koło, jak i odnogi roślinne, dzieli się na dwie, trzy, cztery lub sześć części i na iloczyny tych liczb. Obok rozwiązań łatwych podziału koła, zna psychoida także i podział opierający się na złotem cięcu na pięć części, na pięć promieni, zna ustosunkowanie w złotem cięciu, gdy chodzi o kształt obrazu, stosunku ram jego, analogicznego ze stosunkiem ramienia do przedramienia, stosunku czworobocznego kart do gry, kart książki, listu, płyty stołowej, drzwi, szafy, komody. Podział trudniejszy na siedem części to już wybryk, wyjątek, na który i wśród roślin pozwalają sobie bardzo nieliczne gatunki, jak u nas siódmaczek, należący do pierwiosnkowatych, albo sprowadzony z obcych krajów kasztan gorzki. Liczba siedmiu, mało nadająca się do podziału koła[1]) a do stereometrycznych podziałów bodaj całkiem niemożliwa, jest przecie czasem iloczynem kosmicznym, o ile chodzi o obrót księżyca naokoło ziemi, iloczynem kultu, o ile chodzi o święcenie niedzieli w tygodniu, iloczynem różnorodności dzwięków od czasów Terpandra, zwycięzkiego kitarzysty na igrzyskach greckich, aż do pory obecnej, w której panuje w muzyce oktawa. Liczba siedmiu znajduje widocznie jakiś odpowiednik organiczny w budowie narządu wrażliwego na dźwięki u człowieka.

4. Dalszą grupę artystycznych pobudek obok rozwijających się czasowo w poezji i w muzyce, albo rozmieszczających się w przestrzeni, jako barwy i kształty, stanowi połączenie wrażeń czasowych z przestrzennemi w ruchu, w tańcu, w pantominie i w sporcie. W pantominie przeważają pobudki psychiczne, w tańcu, współzawodniczą z niemi wrażenia psychoidalne, w sporcie rzec można przeważa entuzjazm psychoidalny. Takiego zżycia się całej psychoidy, z przyrodą, jak w sporcie, na żadnem innem polu się nie napotyka. Drga uniesieniem rozkoszy życiowej każdy mięsień, każde ścięgno, każdy staw kończynowy, każdy krąg kręgosłupa, każdy narząd, każda komórka. Psychoidalna radość znajduje odbicie w psysze, choć sobie psyche z tego nie zawsze zdaje sprawę, skąd ta radość, skąd to upojenie, czy nawet szał pochodzą. Psyche myśli o zwycięstwie, o rekordzie; zazdrości,

[1]) Planimetryczny podział koła na dowolną liczbę części udaje się przez rozwinięcie cylindra o średnicy danego koła i odpowiedni podział rozwiniętej powierzchni, którego oznaczenie może posłużyć po wtórnem zwinięciu cylindra do podziału koła.

zacina się, sierdzi, trapi; unicestwiłaby najchętniej przeciwnika, czy współzawodnika; bezinteresowną jest prawie jedynie w wykonaniu sportowego wyczynu psychoida. Dla niej sport jest artyzmem, powołującym do życia wszystkie najlepsze władze, najzdrowsze drganie, nieomylność i sprawność, najradośniejsze ozonem śnieżnych pól przepojone tchnienie uczucia, najnieomylniejszy wybór woli. Chorzy psychicznie poddają się urokowi tańca i sportu z całym zapałem, chyba, że osłabienie samego ciała i zachorzenie środowisk psychoidalnych na to im niepozwala. Gimnastyka wspólny marsz, raźna komenda, odgłos tupotu miarowych kroków, jak i pokrewny im stukot polonezowej szarży konnej działają cuda. Chory nie mogący wstrzymać potoku niedorzeczonych słów i wymyślań bezwstydnych wśród nieustannej gestykulacji przez cały dzień, choćby i nie tańczył sam, wieczorem patrzy w mniej lub bardziej błogiej zadumie na tańczące pary, milczy i jest mu dobrze. Psychoida jego drży wewnętrzną melodją czasowoprzestrzennej rozciągłości, poddając się nieraz nawet pewnego rodzaju ekstatycznemu resonansowi na wszystkie tony przeróżnych tkanek, złożonych z miljarda komórek, wyprężając się w niewiadomo jakie rysunki Skladny'ego. Któż osądzi, kto wtedy jest szczęśliwszy, czy człowiek normalny, ten proktofantasmista z Fausta, ten mędrzec ze szkiełkiem w oku u Mickiewicza, z całą czczością trzeźwej, aż nadto trzeźwej psychy, czy chory psychicznie z tym skarbem głęboko ukrytym w psychoidzie, którego mu jeszcze żaden skręcony, czy blady demon nie wydarł, żaden stan depresyjny z duszy nie wypalił. W średniowieczu, kiedy psychicznie chorzy nie doznawali tej opieki, jaka się nad nimi od czasów wieku oświecenia roztacza, w czasach wiary w świętych, w szatana i czarownice, w czasach kaźni i stosów, powstawały masowe psychozy taneczne przezwane we Włoszech tarantyzmem (Szumowski), będące jeszcze i teraz rytuałem kultu w chwilowem, umyślnie wywołanem oszołomieniu podczas tańca derwiszów.

* * *

Jak widzimy, działanie psychoidy w obrębie wrażeń artystycznych u psychicznie chorych odgrywa rolę doniosłą, dowodzącą istnienia czegoś psychicznego i poza psychą. Dostrzeżono coś pokrewnego, zastanawiając się głębiej nad zjawiskami wrażliwości artystycznej i u ludzi normalnych. Należą tu szczególnie wrażenia artystyczne, z których nie zdajemy sobie sprawy, należy tu klasyczne „arreton“ i nowoczesne „je ne sais quoi“ Leibnitza. Z głę-

bokiem wyczuciem pierwiastków artystycznych, dla których niema wyrazu w mowie potocznej, mających najoczywistsze źródło w psychoidzie, pisze Schopenhauer, pragnąc nam wytłomaczyć urok muzyki: „Istnieje w muzyce coś niewypowiedzialnego, ukrytego"... „muzyka jest dla nas równocześnie doskonale zrozumiałą i zupełnie niewytłomaczalną, pochodzi to stąd, że wyraża wszystkie wzruszenia naszej istoty, najbardziej nawet ukryte". To samo, co Schopenhauer o muzyce, powiedzieć można o wszelkiem pięknie, a więc też i o ukrytym uroku, toku i brzmieniu mowy, rytmu poetycznego, niespodziewanego, do zadumy pobudzające do asonansu, linji architektonicznej, skali barw krajobrazowych, o poszumie drzew, tak, jak je Kasprowicz w jego różnorodności zależnej od struktury pokrojowej gałęzi i liści, oraz skupienia leśnego słowami ująć potrafił, wyrazu twarzy, tajemniczego działania woni i ozonowych jej domieszek, smaków poziomki, mandarynki, arcydzięglu, jak i kołysań płynu przewodów półkolistych, oraz wyginań ciała w tańcu i w sporcie.

* *

Niechaj mi będzie wolno na tem miejscu podziękować p. Dyrektorowi Dr. med. Dr. phil. Aleksandrowi Piotrowskiemu, nietylko za udzielone uwagi i poczynione wskazówki, które mi pomogły w ostatecznem ukształtowaniu mojej pracy, ale i za wyrozumiałość dla idej, wypowiedzianych w tej pracy.

Literatura.

Adler, Der Aufbau der Neurose. Intern. Z. Indiv. Psych.- Baruk H., Épilepsie et les troubles de la pensée interieure 32. Annales N. Ps. 1933 janvier.-Beard G. M., Sexuelle Neurasthenie, Wien. 1885-Becher E., Die fremddienliche Zweckmässigkeit der Pflanzengallen u die Hypothese eines überindividuellen Seelischen, Lipsk, 1917.-Bekker, Beethoven, Stuttgart, Berlin 1922.-Bergson. L'évolution créatrice.-Bleuler. E. Die Psychoide. Berlin-J. Springer, 1925. Naturgeschichte der Seele Berlin 1932-Blumenbach. Über den Bildungstrieb, 3 wyd. 1791-Bostroem Christopher Jakob. Eisler. Philosophenlexicon 72-Berlin 1912.-Bruno Giordano. De umbris idearum et arte memoriae. De monade numero et figura. De immenso et innumerabilibus-Bumke. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München 1929. Chantavoine. J. Beethoven. Paris 197-Claude. H. L'Hystérie. L'Encéphale, N. s, 1935, p 449. Cohen Logik der reinen Erkenntnis. 1902-Cyon, E. de. Dieu et Science. Paris. 1910.-Driesch. Philosophie des Organischen. 1909.-Ebbinghaus. Abris der Psy-

chologie.-Eisler. Der Zweck, Krytyka autora w Viertelj. f. wissenschaftl. Phil. u Soziol. XXXVIII. 4. p. 445.-Elchinger. R. Beethovens Briefe. München.-Eucken. Einheit des Geisteslebens. Leipzig. 1888.-Frankhauser. Vitalismus. Monismus. Energismus. Z. Neutr. 141, 1932.-Freud. S. Die Traumdeutung, 1900. Studien über Hysterie 1909. Über Psychoanalyse 1910.- Frohschammer. Die Phantasie als Grundprinzip des Weltprozesses 1876. Monaden and Weltphantasie 1879.-Göllerich. Beethoven. Berlin.- Hartmann Nicolai. Platons Logik des Seins.-Hellinghaus. Beethoven. Freiburg i B.-Hering. Über das Gedächtnis. 1873 -Herroit. E. La vie de Beethoven. Paris -Husserl. Logische Untersuchungen. Huxley. Evolution and Ethics. 1893.-Janet P. L'automatisme psychologique 1889. Jaroszyński. W sprawie psychoterapji, Grasseta doktryna o dysocjacji centrów. Nowiny Psychjatryczne. 1933. zeszyt I-II.-Kramarz. Problem der Materie. 1871. Die Hypothese der Seele 1878.-Kremer. J. Dzieła.-Kretschmer. E. Körperbau und Charakter. Berlin 1929. Medizinische Psychologie. Leipzig 1930. — Lehmann. Die neue Welt der flüssigen Kristalle u. deren Bedeutung für Chemie, Technik u. Biologie Leipzig. Krytyka autora: Vierteljahrschrift für wissenschaftliche Philos. u. Soziol.- Lenz. Beethoven. tł. polskie. Warszawa, Wende i Sp. — Libelt. Filozofja i Krytyka. — Liebmann, Zur Analyse der Wirklichkeit. — Lloyd Morgan. Instinkt u. Gewohnheit. übers von M. Semon. — Lotze. Mikrokosmus, Ideen zur. Naturg. u. Geschichte der Menschheit. — Ludwig E. Goethe. Stutgart u. Berlin 1920. — Lutosławski. Seelenmacht. — Marie. A. Mystizismus in seinen Beziehungen zur Geistesst. Z francuskiego. Lipsk, 1933. Krytyka autora w Vierteljahr f. wiss. Phil. u. Soziol. - Maudsley. Physiology und Pathology of Mind. 1867. — Minkiewicz R. Próba analizy instynktu. Przegl. filoz. 391. X. 3. — Möbius. K. Können Tiere Schönheit wahrnehman? Sitzungsb. der Kön. Preuss. Akad. der Wiss. 1906. X. — Modrakowski J. Układ nerwowy autonomiczny. Lwów, Warszawa, Kraków, 1924. Podr. fizjol. Ad. Beck. — Müller. Das vegetative Nervensystem. Berlin. 1920. — Nordling. Quasi una fantasia. Güterloh. — Paulsen. Einleitung in die Philosophie, I wyd. 1892 XXI. wyd. 1909. — Pawlikowski. J. G. Mistyka Słowackiego. Lwów. — Pfordten H. V. Die Grunturteile der Philosophen Heidelberg, 1913. Kryt. autora w Viertelj f. wissen. Phil. u Soziol. Piotrowski Al. Dusza i Ciało, Poznań. 1913. Leib u Seele Liepzig. Teubner. 1913. Przyczynek do lecznictwa psych. 78. Now. Psych. 1924. Diagnostyka Psy-

chjatryczna, Wende i Sp. Warszawa. — Ribot. L'hérédité psychologique 1873. Les maladies de la mémoire 1881. Essai sur l'imagination créatrice 1900. — Riehl. A. Philosophie der Gegenwart. — Rolland. R. Goethe et Beethoven. Europe. Mai, juin, 1927. Beethovens Meisterjahre. tł. niem. Insel. Verlag 1830.-Schultze H. S. Freuds Sexualpsychologie. Berlin 1917.-Schuppe W. Grundriss der Erkenntnistheorie. Berlin. Krytyka autora. Viertelj. f. wiss. Phil. u. Soziol. XXXVI, 2 p. 314.- Semon S. Mneme. Lipsk. 1908.-Sokołowski T. Oddziaływanie sugestywne zapomocą podniet bezwiednych. Nowiny Psychjatryczne. 1933. I. II.-Stejkowska. Spostrzeżenia nad wpływem audycyj radjowych u chorych psychicznie. Nowiny Psych. rok IX, kwartał I-II. Dziekanka 1932. str. 14.- Stonk. Beethovens Briefe. Stuttgart.-Śniadecki Jan Dzieła.-Świętochowski. Źródła moralności.-Szumowski. Historja medycyny filozoficznie ujęta. Kraków.-Thayer. Beethoven. Lipsk, 1917. - Trendelenburg. Logische Untersuchungen.-Vaihinger. Die Philosophie des Als Ob. Das Entwicklungsgesetz der Vorstellungen über das Reale. Viertelj. f. wiss. Phil. u. Soziol. 298 i 415.-Volkelt. System der Aesthetik - Wize K. F. Miscellanea. Poznań 1928. Zarys etyki, jako nauki o szczęściu. Poznań 1926. Nauka o pięknie i sztuce w zarysie Poznań. 1924. Nauka o kategorjach. Poznań 1914. Charakter w ujęciu psychologicznem i fizjologicznem. Odbitka z Nowin Psychjatrycznych, rok 1332, kw. I-II. Zakres filozofji medycyny. Poznań 1931. Abris einer Wissenschaftslehre der Aesthetik. Berlin 1904. Système philosophique de Jean Śniadecki. Ruch Filozoficky v. Praze, VII. Leden 1933. Vaihingers Philosophie der Fiktion. Viert. f. wiss. Phil. u. Soziol. XXXVI, 3, p. 413.-Wundt. Vorlesungen über Menschen u. Tierseele.-Wyzewa. T. de. Beethoven et Wagner. Paris 1914.-Ziegler H. E. Der Begriff des Instinkts einst u. jetzt. Jena 1910. Krytyka autora w Viertelj. f. wiss. Phil. u. Soziol.-

---

Hôpital psychiatrique publ. de Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI

Importance des motifs artistiques chez les aliénés.

Par le Dr. med. Dr. phil. K. WIZE.

C'est chez les aliénés qu'à côté des motifs purement psychiques, les impulsions de la „psychoïde" (Bleuler), des „âmes particulières" (Al. Piotrowski) à côté de l'esprit, de l'âme centrale, ou des parties singulières du polygone psychique (Grasset) prédominent quelquefois dans leur vie artistique.

L'auteur, un adhérent à la thèse de l'abbé Du Bos, Eusèbe Słowacki, Casimir Brodziński et des autres du jeu artistique qui se manifeste dans l'art, parcourt les rapports des aliénés aux arts singuliers, la poësie, la musique, les arts plastiques et même la danse et avec celle-ci aussi le sport, en soulignant toujours que l'art à côté de la satisfaction psychique qu'il donne, possède aussi une valeur curative de premier ordre.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka.
Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Odczyn opadania krwi w psychozach.

Podali Dr. STAN. ŚWIERCZEK i Dr. STEFANJA KAISER-ŚWIERCZKOWA.

Referat zgłoszony na XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

Od czasu wznowienia zainteresowania odczynem Biernackiego przez Fahraeusa i przez Plauta, ilość prac zajmujących się tym odczynem wzrosła do chwili obecnej niepomiernie. Stosunkowo dużą liczbę opracowań spotykamy w literaturze psychjatrycznej Przyczyną tego zapewne była nadzieja, że na tej drodze uda się uzupełnić w znaczny sposób różniczkowe rozpoznawanie chorób psychicznych. Ponieważ dotychczasowe wyniki wykazują rozbieżność, jak również mało jest prac obejmujących większą ilość badanych przypadków, przystąpiliśmy do porównawczego zbadania odczynu na większym materjale chorych. Przed podaniem wyników naszych badań, uważamy za wskazane przedstawić w streszczeniu obecny stan jak i rozwój zagadnienia odnośnie do psychjatrji.

Już na wstępie należy z naciskiem podkreślić, co dziś jest ogólnie przyjęte, że odczyn opadania krwi jest w istocie swej niespecyficzny, jest jak powiada Neergard (cyt. wedle Leffkowitza) jednym z najcenniejszych środków pomocniczych dla poznania aktualnego stanu czynnych składników mezenchymy. Odczyn ten określa nam równocześnie nasilenie procesów rozpadu tkanek. Dlatego też procesy chorobowe przebiegające bez wzmożonego rozpadu tkankowego, wykazują brak przyspieszenia opadania (nowotwory dobrotliwe). Odczyn Biernackiego obrazuje nam każdorazowy stan kolloidów krwi, a odchylenia od stałego składu białkowego osocza („Plasmastabilität") znajdują swój wyraz w zmnianach szybkości

opadania krwinek. Białka krwi uchodzą obecnie za czynnik decydujący o szybkości opadania, gdy dawniej główną rolę przypisywano erytrocytom. Pozatem istnieje cały szereg czynników we krwi wpływających na szybkość opadania. I tak ostatnio wymienia się następujące: ilość i wielkość erytrocytów, oraz zawartość w nich hemoglobiny, lepkość i napięcie powierzchniowe krwi, punkt izoelektryczny, zawartość gazów, soli oraz lipoidów, odczyn krwi (P_H), współczynnik białkowy i inne. Sztuczna acydoza wywołuje przyspieszenie, a alkaloza opóźnienie opadu (Modrakowski i Lentz). Wedle Theorella (cyt. wedle Leffkowitza) lipoidy działają hamująco na szybkość opadania. Najważniejszym jednak czynnikiem są jak już wspomnieliśmy białka krwi, przyczem w procesach chorobowych ostrych ulega zmianie głównie zawartość włóknika, zaś w procesach przewlekłych następuje zwiększenie ilości globulin. Odmienne stanowisko w ujęciu powyższego zagadnienia zajął już dawniej Georgi. Autor ten twierdzi, że niema paralelizmu między stanem białek osocza, a szybkością opadania, a więc opadanie krwinek nie zawsze jest miernikiem składu białek krwi. Powrócimy jeszcze do wyników badań tego autora przy omawianiu opadania w schizofrenji. Już Plaut wykazał wielkie znaczenie osocza dla opadania krwi, podobnie i Löwenberg. Stwierdzili oni. że krwinki ludzi zdrowych umieszczone w osoczu paralityków, którzy wykazywali przyspieszenie opadania, opadały bardzo szybko, podczas gdy ciałka czerwone ze krwi paralityków opadały w osoczu ludzi zdrowych wprawdzie szybciej niż krwinki tychże, ale jednak powolniej niż we własnem (paralitycznem) osoczu.

Löwenberg stwierdził ponadto, że erytrocyty ludzi zdrowych opadały szybko w osoczu katatoników, krwinki zaś paralityków opadały w osoczu katatoników jeszcze szybciej niż we własnem. Podobne wyniki dały doświadczenia Glausa i Zutta (cytow. wedle Schottkyego) w postaci przyspieszenia opadania krwinek ludzi zdrowych w osoczu katatoników. Ze względu na to, że większość autorów przeprowadziła swe badania w pewnych wybranych tylko chorobach psychicznych, przedstawimy w poniższym przeglądzie wyniki tychże badań kolejno wedle poszczególnych jednostek chorobowych. Organiczne schorzenia centralnego systemu nerwowego wykazują często przyspieszenie opadania krwinek. Sahlgren i Grönberg (wedle Schottkyego), a następnie i Schottky znaleźli w stwardnieniu wieloogniskowem przyspieszenie opadu, które ustępowało stopniowo w poprawach klinicznych. Inaczej referuje o tem Leff-

kowitz. Znaczne przyspieszenie spotyka się wedle Schottkyego w apopleksji, przyczem poprawy powodują przedłużenie czasu opadania. Wszelkie procesy zapalne mózgu i rdzenia powodują zwykle przyspieszenie sedymentacji. Lorenz oraz Stern i Piper (cyt. wedle Katza i Leffkowitza) badali zachowanie się opadania w zapaleniu mózgu nagminnem. Lorenz otrzymał wyniki zmienne. Stern i Piper przypisują wynikowi sedymentacji znaczenie prognostyczne dla późniejszych stanów pośpiączkowych. Wedle Friedmanna (cyt. wedle Leffkowitza) wykazuje paralysis agitans zwykle przyspieszenie opadu w przeciwieństwie do parkinsonizmu Natomiast Siwiński podaje, że u 11 mężczyzn z enceph. leth. chronica znalazł przyspieszenie.

Może największą ilość prac poświęcono schorzeniom kiłowym. Plaut wykazał znaczne przyspieszenie opadu w różnych postaciach neuroluesu, a przedewszystkiem w porażeniu, przyspieszenie większe u kobiet niż u mężczyzn. Löwenberg znalazł jednakie przyspieszenie u mężczyzn jak i u kobiet. Poprzednio już wspominaliśmy o doświadczeniach tych badaczy z wymianą krwinek w p. p. i w katatonji. Bardzo znaczne przyspieszenie wykazał następnie u paralityków Calissow (cyt. wedle Schottkyego). W 80 proc. przypadków Götza (cyt. jak wyżej) można było stwierdzić skrócenie czasu opadania, natomiast w przypadkach posuniętych wyniki były zmienne.

Większość autorów (między innymi Löwenberg i Schottky) zgadza się, że zbyt znaczne przyspieszenie daje niepomyślną prognozę co do postępowania procesu paralitycznego, oraz wyników ewentualnego leczenia malarją. Wspomniani już powyżej autorzy Sahlgren i Grönberg otrzymali w znacznej liczbie przypadków porażenia normalny czas opadania. Wedle pewnych autorów (Schottky) normalny opad w wiądzie rdzenia świadczy o zatrzymaniu się procesu specyficznego. Katz i Leffkowitz wspominają jakoby niektórzy autorzy (Fujita, Héden) stwierdzili, że leczenie rtęciowe powoduje przyspieszenie opadania. Zaś Sahlgren i Grönberg podają, że leczenie salwarsanowe niema wpływu na opadanie krwinek. Oddawna wykazano, że malarja szczepiona powoduje przyspieszenie opadania w neuroluesie (Embden). Już na innem miejscu wspominano o badaniach Ferrio'a (Świerczek, Nowiny Psychj., 1933, I-II, st. 26). Autor ten stwierdził, że każdy napad malarji powoduje przyspieszenie sedymentacji. W interwałach zaś bezgorączkowych następuje zmniejszenie szybkości opadania. W ten sposób największe przyspie-

szenie opadania przypada przy końcu leczenia malarycznego i w pierwszym okresie po temże leczeniu. O możliwości prognostycznego zużytkowania sedymentacji odnośnie do malarji leczniczej wspominaliśmy powyżej. Siwiński stwierdził przyśpieszenie opadania nie we wszystkich przypadkach porażenia postępującego, a tylko w 77 proc. u mężczyzn. Stryjecki zwrócił uwagę na wartość rozpoznawczą odczynu Biernackiego w kile. Stwierdził on znaczne przyspieszenie opadania już w pierwszym okresie kiły. W okresie drugorzędnym przyspieszenie to było często jeszcze większe, gdy natomiast kiła dawna, leczona, nie wykazywała wyraźnego przyspieszenia. Kiła utajona, oraz kiła systemu nerwowego, wykazywały również znaczne skrócenie czasu opadania, ta ostatnia sedymentację 57—17 minut. Schottky zbadał 9 przypadków porażenia, 2 wiądu a 3 innych postaci kiły systemu nerwowego i stwierdził przyspieszenie. Czas opadania w porażeniu był często proporcjonalny do nasilenia procesu chorobowego. Autor ten badał także odczyn opadania u różnych narkomanów. Przypadki alkoholizmu znamionowały się przeważnie normalnem, niekiedy tylko nieco przyspieszonem opadaniem. Schottky podaje, że przypadki Suckowa miały gorszy przebieg kliniczny i dlatego Suckow wykazał (w alkoholiźmie chronicznym oraz psychozach na jego tle) przyspieszenie opadu o stopniu równoległym do zatrucia. Schottky potwierdził wyniki badań Sterna i Pipera, którzy stwierdzili u narkomanów przyspieszenie, którego wielkość zależy od stopnia zatrucia, a które w leczeniu tylko powoli ustępuje. Wynika z tego, że sedymentacja ma znaczenie prognostyczne i kontrolne w leczeniu morfinizmu i zatruć podobnych.

Badania epileptyków dały względnie zgodne rezultaty. Löwenberg znalazł w 50 proc. przypadków opadanie normalne, a w drugiej połowie przyspieszone, pozatem stwierdził zaraz po napadach przyspieszenie. W materjale Siwińskiego 20 proc. mężczyzn, a 12 proc. kobiet wykazywało przyspieszenie. Przyspieszenie w czasie napadów i po napadach stwierdzili także i inni autorzy. W 15-tu przypadkach padaczki znalazł Schottky opadanie normalne, nawet w posuniętych (długotrwałych) przypadkach. W 14-tu przypadkach występowało po napadach przyspieszenie czasu opadania. Ważnym dorobkiem tych badań jest możność rozpoznawania różniczkowego, napady bowiem psychogenne nie powodują w przeciwieństwie do napadów epileptycznych skrócenia czasu sedymentacji. Schottky u psychopatów, a Sahlgren i Grönberg, oraz Schot-

tky w psychozach reaktywnych, wykazali normalny czas opadania krwi. Schottky stwierdził między innymi, że napady histeryczne nie powodują przyspieszenia, co ma, jak już wyżej wspominaliśmy znaczenie djagnostyczne. Bielawski stwierdził w przypadkach psychozy manjakalno - depresyjnej brak przyspieszenia, natomiast Siwiński przyśpieszenie częstsze w manji niż w melancholji. W 9 przypadkach psychozy manjakalno - depresyjnej pod postacią melancholji wykazał Schottky normalne opadanie krwi, niekiedy nawet przedłużenie czasu sedymentacji. Te ostatnie przypadki były pod względem klinicznym zbliżone do schizofrenji. Natomiast w 4-ch przypadkach melancholji na tle arterjosklerozy znalazł wspomniany autor przyspieszenie, podobnie jak Plaut, co uważa za ważny moment w rozgraniczeniu rozpoznawczem grupy endogennej od arterjosklerotycznej. Leffkowitz stwierdził u arterjosklerotyków (bez psychozy) dosyć częste przyspieszenie małego stopnia. Bardzo duże zainteresowanie wzbudziły próby z odczynem Biernackiego w grupie schizofrenji. Otrzymano wyniki częściowo różne, pozwalające jednak naogół na wyodrębnienie katatonji od reszty postaci schorzeń schizofrenicznych, na skutek stwierdzonego wielokrotnie przyspieszenia opadania krwi u katatoników. Większość znaczna prac mówi o normalnem, lub nawet zwolnionem opadaniu w różnych formach schizofrenji z pominięciem jednak katatonji. O przedłużeniu czasu opadania wspominają Plaut, a także Petersen, Georgi, Kant i Mann (wedle Schottky'ego), oraz i Schottky. U chorych Petersena opóźnienie to można było stwierdzić prawie w połowie przypadków. Georgi twierdzi, że schizofrenicy wyróżniają się wzmożoną stałością białkową osocza, która to stałość jest niezależna od formy i przebiegu schizofrenji. Wedle Schottkyego (zbadał 20 przypadków schizofrenji) opóźnienie opadania ma być charakterystyczne dla procesów ostrych, lub podostrych, przebiegających pod obrazem hebefrenji. Natomiast formy chroniczne, oraz schizofrenja paranoidalna wykazują odczyn normalny. Siwiński miał inne wyniki, mianowicie około $^1/_3$ jego przypadków schizofrenji charakteryzowało się przyspieszeniem. Meissner stwierdził u 116 badanych schizofreników „wyraźną dążność do szybkiego opadania". W ostatnio ogłoszonej pracy Küppersa znajdują się dane będące również w sprzeczności z większością doświadczeń. Autor wykazał przyspieszenie w 77 proc. schizofrenji. Wspomniana i przez wielu autorów stwierdzona odrębność katatonji odnośnie do wyników opadania, zasługuje na specjalne podkreślenie w związ-

ku z tendencjami domagającemi się usunięcia katatonji z grupy zachorzeń schizofrenicznych. W Dziekance (Piotrowski) wypowiedziano się już przed 10-ciu laty w tym kierunku, następstwem czego były między innemi i wspomniane już powyżej badania Bielawskiego nad odczynem Biernackiego u 60 psychicznie chorych. W 20 tu przypadkach katatonji wykazał Bielawski skrócenie czasu opadania, w przeciwieństwie do 20-tu przypadków schizofrenji bez objawów katatonicznych, gdzie stwierdził opadanie normalne, lub niekiedy tylko nieznacznie przyspieszone. Celem badań naszych było właśnie kontynuowanie dawniej poczynionych prób, z dążeniem do nadania im szerszej podstawy przez przeprowadzenie poszukiwań na większym materjale chorych. Przyspieszenie w katatonji opisali między innymi Runge, Löwenberg, Glaus i Zutt, Schottky. Wedle tego ostatniego przyspieszenie spotyka się tylko w okresach podniecenia u katatoników. Inni zaś z wymienionych badaczy otrzymali przyspieszenie także w stuporze katatonicznym. Siwiński stwierdził przyspieszenie tylko u 60 proc. mężczyzn, a 50 proc. kobiet z objawami katatonji. Odrębne wyniki opadania w schizofrenji otrzymali Schrijver i Schrijver - Hetzberger. Na 35 przypadków o chronicznym przebiegu, zanotowano w 10-ciu przyspieszenie. W 22 przypadkach atypowych, przyspieszenie wystąpiło w 9-ciu. Zwiększenie ilości globulin udało się stwierdzić w 66 proc. (na 57 badanych), a zmianę wskaźnika białkowego (albuminy — globuliny) w 84 proc. Na podkreślenie w pracy Schottkyego, (którą często przytaczaliśmy) zasługuje fakt, że z przeszło 300-tu zbadanych chorych opisano tylko 132, wyłączając wszelkie przypadki z cielesnemi komplikacjami.

Nauczeni powyższem doświadczeniem Schottkyego staraliśmy się o ile możności wykluczyć a priori z zakresu naszych badań wszelkie przypadki podejrzane w tym względzie, aby uniknąć nadmiaru przypadków, któreby po przeprowadzonem już badaniu sedymentacji, trzeba było eliminować. Równocześnie, celem dalszego uniknięcia rozprószenia wysiłków, ograniczyliśmy zakres naszych badań do 5 najważniejszych grup schorzeń, dążąc tem bardziej do otrzymania przejrzystszych stosunków i stosując w tem celu także (w przeciwieństwie do Schottkyego) conajmniej 2, a często 3-krotne, a nawet i częstsze badanie odczynu u tych samych chorych. Przebadano prawie 200-tu chorych, wskutek czego w poszczególnych grupach znalazła się stosunkowo duża ilość przypadków. Wydaje nam się, że wobec minimalnego tylko zainteresowania danym tema-

tem w literaturze polskiej (3 prace), praca nasza może być na czasie. Zanim przejdziemy do opisania naszych własnych badań, chcielibyśmy jeszcze pokrótce wspomnieć o najważniejszych fizjologicznych i patalogicznych stanach somatycznych, powodujących zmiany opadania krwi.

Istnieją znaczne różnice ilościowe między opadaniem krwi mężczyzn, a kobiet, których przyczyny nie udało się dotąd wytłomaczyć. U osesków istnieje przyspieszenie opadania, które z czasem zmniejsza się, tak, że w okresie pokwitania występuje już normalne opadanie. Po 40 roku życia czas opadania zaczyna znowu stopniowo maleć, tak, że w 70 r. życia często wynosi 20 mm przy mierzeniu metodą Westergrena (Leffkowitz), co się równa mniej-więcej 100 minut u mężczyzny, a 85 u kobiety przy stosowaniu metody Linzenmeiera. Normalne wartości czasu opadania są przy stosowaniu metody Westergrena 2-5 milimetrów u mężczyzn a 3-8 u kobiet, przy stosowaniu metody Linzenmeiera 600 minut i 200-350 minut. Oprócz tego spotykamy zmiany szybkości opadania w następujących stanach fizjologicznych, że wymienimy tylko najważniejsze: menstruacja, ciąża, trawienie, ciepło i zimno, oraz wysiłki cielesne. Wedle Leffkowitza przyspieszenie występujące w okresie menstruacji, oraz po przyjęciu pokarmów jest tak małego stopnia, że nie odgrywa roli przy ocenie klinicznej. Z czynników patologicznych wpływających na czas sedymentacji wymienimy tylko te, które regularnie prowadzą do zmian opadania. Anemje powodują przyspieszenie, które ma być równoległe do liczby erytrocytów. Przyspieszenie powodują również choroby zakaźne, przedewszystkiem ostre; niektóre jednak choroby zakaźne powodują wyraźne przyspieszenie opadania krwi dopiero z chwilą wystąpienia komplikacyj. Co do przewlekłych chorób zakaźnych, to np. Leffkowitz odmawia sedymentacji większego znaczenia djagnostycznego w syfilisie; innego zdania jest Stryjecki, o czem wspominaliśmy już powyżej. Największe jednak znaczenie zyskał sobie odczyn Biernackiego w gruźlicy. Leffkowitz ostrzega przed przecenianiem wartości tego odczynu w djagnostyce gruźlicy, gdyż odczyn ten poucza jedynie o nasileniu procesów rozpadowych, oraz resorpcyjnych. Naogół biorąc wzrasta szybkość opadania, idąc stopniowo od procesów zwłóknienia do wysiękowych. W każdym razie czynna gruźlica przebiega zawsze z przyspieszeniem opadania. Następne ważne z koleji znaczenie ma odczyn Biernackiego w rozpoznawaniu zapaleń przydatków, oraz wogóle ostrych spraw ro-

pnych, a także anginy, oraz ostrego reumatyzmu stawowego. Inne procesy chorobowe prowadzą, zwłaszcza gdy są natury zapalnej do przyspieszonej sedymentacji lecz nieregularnie i dla tego mają mniejsze znaczenie.

Przechodzimy do opisania doświadczeń poczynionych przez nas z odczynem Biernackiego u psychicznie chorych w Dziekance.

Badaniu poddaliśmy w czasie 1 roku (sierpień 1932 — sierpień 1933) 194 chorych, z czego tylko 15 mężczyzn, a 179 kobiet. Chorych badanych dzielimy odnośnie do rozpoznania na następujące grupy:

1) encephalitis lethargica chronica 20,
2) paralysis progressiva (et lues) 23,
3) epilepsia genuina 28,
4) psychosis maniac. depr. 33,
5) schizophrenia (et paraphrenia) 90,

Już poprzednio zaznaczyliśmy, że staraliśmy się wykluczyć od badania opadania krwi przypadki z komplikacjami somatycznemi powodującemi przyspieszenie opadu. Naturalnie, że w pewnej liczbie przypadków nam się to nie udało, tem bardziej, że jak wiadomo wykrycie np. początkowego okresu gruźlicy płuc jest u psychicznie chorych często prawie niemożliwe ze względów technicznych. U nielicznych chorych wystąpiły w przerwie między pierwszem a drugiem badaniem krwi, komplikacje, które nie zawsze jednak miały wpływ decydujący, jak to jeszcze poniżej zobaczymy. U wszystkich chorych badaliśmy krew conajmniej dwa razy (z kilku wyjątkami), w odstępach zwykle 1·3 najczęściej 2-3 miesięcy. Badanie przeprowadziliśmy metodą Linzenmeiera ze względu na lepszą znajomość tego sposobu, oraz ze względów czysto zewnętrznych. Badanie wykonywaliśmy rano między godz. 8-9, u chorych będących na czczo i nie będących w okresie menstruacyjnym, starając się zawsze uniknąć dłuższego miejscowego zastoju żylnego przy pobieraniu krwi. Stosowaliśmy zawsze świeży roztwór cytrynianiu sodowego 5%. Krew badaliśmy zaraz po pobraniu biorąc na 2 mm cytrynianiu 8 mm krwi. Mierzyliśmy także zawsze słupek ciałek czerwonych (po 24 godzinach), którego wysokość pozwala na pewne wnioski odnośnie do stanu krwi (anemja), nie przypisując jednak temu określaniu większego znaczenia, przekonaliśmy się bowiem, że wysokość słupka często wprawdzie wykazuje paralelizm do szybkości opadania, jednak względnie częste są także przypadki dysocjacji tych dwóch wskaźników.

I. Stany pośpiączkowe.

Zbadaliśmy 20 chorych, z których jednak 4 musimy wykluczyć, gdyż rozpoznania w tych przypadkach nie można było z całą pewnością ustalić z przyczyn braków anamnestycznych. Grupa przedstawionych poniżej chorych składa się z 5 kobiet i 11 mężczyzn.

A oto tablica zestawiająca wyniki badania w minutach.

№	Chora	Rozpoznanie	I badanie	II badanie	III badanie	IV badanie
1	B.	psychoza po e. l.	249	208	—	—
2	A.	„ „ „ „	238	141	163	—
3	K.	parkinsonizm	23	103	136	188
4	M.	„	342	223	314	—
5	P.	„	89	342	198	165
6	chory Ko.	„	393	—	—	—
7	D.	„	366	270	—	—
8	L.	„	617	517	—	—
9	Kr.	psychoza po e. l.	268	241	—	—
10	Ka.	demencja po e. l.	635	622	—	—
11	N.	psychoza po enc. (influenza?)	557	671	—	—
12	S.	parkinsonizm	782	514	—	—
13	U.	psychoza po e. l.	62	157	137	—
14	W.	„ „ „ „	461	539	—	—
15	P.	„ „ „ „	120	113	—	—
16	Z.	„ „ „ „	848	387	691	—

Komplikacje cielesne stwierdzono tylko u 2-ch, z powyższych chorych, mianowicie chora nr. 5 cierpi oddawna na jaglicę, badanie jednak dało u niej 1 raz przyspieszony, 2-krotnie jednak wynik normalny (342, 198), a raz mało przyspieszony (165). Zaś chora Nr. 3 w okresie pierwszego badania (23) miała różę, w czasie drugiego badania cierpiała jeszcze na komplikacje ropne, lecz w okresie trzeciego badania była zupełnie wolną od wszelkich pozostałości po róży i to od dłuższego stosunkowo czasu. Mimo to badanie

dało w wyniku przyspieszenie ale mniejszego już stopnia (136). Uderza ponadto znaczne przyspieszenie u chorych Nr. 13 i 15 przy braku uchwytnych przyczyn chorobowych cielesnych. Obaj chorzy liczą (w czasie badania) 27 lat, a czas trwania choroby jest stosunkowo krótki (od 1927 i 1928). Wszystkie przypadki parkinsonizmu wykazują (prócz wspomnianej już chorej Nr. 3) opadanie mniejwięcej normalne (chora Nr. 4, chorzy Nr. 8 i 12) lub przyspieszone (chora Nr. 5, chorzy Nr. 6 i 7) w niezbyt znacznym stopniu. Jeżeli zestawimy chorych wedle ich wieku, otrzymamy następującą tablicę wyników.

№	Wiek	Opadanie	№	Wiek	Opadanie
8	23	normalne	12	30	normalne
3	23	przyspieszone	10	30	normalne
11	24	normalne	2	31	nieco przyspiesz.
14	25	nieco przyspiesz.	4	32	normalne
7	27	przyspieszone	6	33	przyspieszone
13	27	znacznie przysp.	9	33	przyspieszone
15	27	znacznie przysp.	16	33	normalne
1	27	normalne	5	43	zmienne

Otrzymane w ten sposób zestawienie nie pozwala na ustalenie żadnych prawidłowości zachowania się opadania w różnych okresach wieku u chorych z następstwami śpiączkowego zapalenia mózgu. Jeżeli uwzględnimy obecnie czas trwania choroby, to otrzymamy wtedy następującą tablicę.

№ Chor.	Czas trwania choroby w lat.	Opadanie	№ Chor.	Czas trwania choroby w lat.	Opadanie
11	1	normalne	4	9	normalne
6	5	przyspieszone	3	10	nieco przyspiesz.
12	5	normalne	1	10	normalne
14	5	nieco przysp.	16	11	normalne
7	6	przyspieszone	10	12	normalne
8	6	normalne	5	13	zmienne
13	6	znacznie przysp.	15	? 5	znacznie przysp.
8	8	przyspieszone	2	? 15	nieco przyspiesz.

I z tego zestawienia nie można wyciągnąć wniosków wiążących, jedynie można zaznaczyć, że przyspieszenie spotyka się częściej po lewej stronie tablicy, a więc tam, gdzie czas trwania choroby jest stosunkowo krótszy. Różnicy tej nie można przypisywać poważniejszego znaczenia ze względu choćby na to, że pacjent nr. 11, u którego choroba trwała dopiero 1 rok, wykazywał normalny czas opadania. Ostateczny wynik badania I grupy wykazuje w 8 przypadkach na 16 przyspieszenie opadania, a więc w 50 proc. W 7 przypadkach parkinsonizmu spotykamy 3 razy przyspieszenie. W przypadkach psychoz poencefalitycznych mamy 5 razy przyspieszenie na 9 przypadków. Niema więc wyraźnej różnicy między temi dwoma podgrupami. Wynik powyższy potwierdza badania Siwińskiego (przyspieszenie w encephalitis leth. chron.), a zaprzecza wspomnianemu już twierdzeniu Friedmanna, że parkinsonizm nie daje przyspieszenia.

II. P. p.

W grupie niniejszej zbadano 23 kobiety. Ponieważ u 4 pacjentek wyniki badań serologicznych nie potwierdziły jeszcze rozpoznania postawionego na podstawie badania neurologiczno - psychjatrycznego, wykluczamy 4 wspomniane przypadki z opisu tej grupy, wskutek czego pozostaje 19 przypadków do zestawienia.

Poniższa tablica przedstawia sumarycznie wyniki badania odczynu Biernackiego u tych 19 kobiet.

№	Chora	Rozpoznanie	I badanie	II badanie	III badanie	IV badanie
1	Ch.	p. p. dement. simpl.	21	25	52	—
2	Cz.	p. p. stacjon.	60	75	60	—
3	G.	p. p. dement. simpl.	83	59	97	—
4	J.	„ „ „ „	48	48	46	—
5	K.	p. p. kataton.	19	19	30	—
6	Po.	p. p. man.	113	91	90	115
7	Pa.	taboparalysis dementia simpl.	78	83	—	—
8	Pł.	p. p. dement. simpl.	479	214	133	—
9	S.	p. p. man.	35	25	81	—
10	U.	p. p. man.	122	159	—	—

Nr,	Chora	Rozpoznanie	I badanie	II badanie	III badanie	IV badanie
11	Wa.	p. p. stacjon.	55	95	74	82
12	W.	p. p. stacjon.	88	85	98	—
13	Wi.	p. p. man.	84	24	46	—
14	Z.	p. p. man. depr.	132	26	134	—
15	Kl.	p. p. dement. simpl.	68	27	54	—
16	Ja.	p. p. depr.	100	55	—	—
17	O.	p. p. man.	16	20	—	—
18	Na.	(psych. luet?) lues latens.	130	142	136	—
19	N.	lues latens, oligophrenia	51	59	—	—

Powyższe zestawienie przedstawia nam wyniki badań 19 chorych, z czego 17 przypadków porażenia, a 2 kiły utajonej. Przegląd pobieżny tablicy wykazuje szeroką skalę wyników cyfrowych. Małe cyfry wyników, dotyczące opadania chorych Nr. 9, 13, 14 i 17 tłómaczą się malarją leczniczą. U chorej Nr. 9, II badanie wykonano w 5 dni po ostatnim napadzie zimnicy, u chorej 13 badanie II przeprowadzono w 15 dni po malarji, u chorej Nr. 14 w 10 dni, a u pacjentki Nr. 17 w 18 i 23 dni po ukończonem leczeniu malarją. O związku przyczynowym tych wyników (II badań) z malarją świadczy dobitnie znaczna różnica cyfrowa wyników II badań w zestawieniu z wynikami I i III badań, co jaskrawo uwydatnia się w przytoczonej tablicy. Wyniki te wskazują także na to, że malarja powoduje u paralityków przyspieszenie bardzo znaczne, mniejwięcej równające się przyspieszeniu występującemu w ciężkiej rozpadowej gruźlicy płuc. Przyspieszenie to występuje jeszcze (w tem nasileniu) nawet w 15 - 23 dni po malarji. Otrzymane po malarji wyniki są cyfrowo najniższe z naszych wszystkich badań z wyjątkiem chorych Nr. 1, oraz 5 i 15, z których pierwsze dwie zmarły na gruźlicę, a chora 15 wykazuje otępienie znacznego stopnia. U chorej 15 spotykamy tak niski wynik (poniżej 30 minut) tylko 1 raz na 3 badania. U 5-ciu z tych 19 chorych obserwowano komplikacje. Chore 1 i 5 zmarły na gruźlicę (w 7 tygodni po ostatniem badaniu), czem tłómaczy się tak znaczne przyspieszenie u tych chorych. Natomiast komplikacje u 3-ch pozostałych chorych przed-

stawiają się mniej poważnie. Chora Nr. 8 wykazywała przejściowo nieznaczne objawy gruźlicy płuc, obecnie nie gorączkuje, waga chorej nie zmniejsza się. U chorej Nr. 7 stwierdzono istnienie cystitis chronica, która prawdopodobnie nie miała wpływwu u tej chorej na opadanie, gdyż szybkość sedymentacji tej chorej jest bardzo zbliżona do szybkości opadania u chorej Nr. 3, która stanowi przypadek klinicznie identyczny, a bez komplikacyj cielesnych. Pozatem czas opadania chorej Nr. 7 stanowi mniejwięcej wynik przeciętny badań niniejszej grupy. Na skutek tego pominiemy chorobę cielesną tej pacjentki, jako komplikację bez znaczenia. Wreszcie chora Nr. 11 wykazuje anemją wtórną, na skutek powtarzających się co kilka miesięcy krwotoków macicznych. Charakterystycznem jest jednak, że szybkość opadania u tej chorej jest bardzo zbliżona do szybkości sedymentacji chorych Nr. 2 i 12, z którymi chora Nr. 11 tworzy osobną grupę przypadków porażenia stacjonarnego. Wszystkie te chore przedstawiają pod każdym względem znaczne podobieństwo obrazu chorobowego i tworzą wskutek tego małą, ale zwartą grupę. Jest więc prawdopodobne, że anemja chorej Nr. 11 nie odegrała większej roli przyczynowej odnośnie do stwierdzonego u tej chorej przyspieszenia, nie możemy jednak stanowczo tej kwestji rozstrzygać. U chorej Nr. 8 stwierdza się najdłuższy wogóle czas opadania (I i II badanie), a nawet wynik III badania (133 minut) jest stosunkowo do wyniku innych chorych wysoki. Na skutek tego możnaby w związku z tem, co przytoczyliśmy powyżej, (odnośnie do tej chorej) nieuwzględnić istniejącej u wspomnianej chorej komplikacji o charakterze przejściowym. Chore Nr. 1 i 5 wykluczamy bezwzględnie od dalszych rozważań, chore zaś Nr. 7 oraz 8 i 11 będziemy nadal przytaczali tylko z zastrzeżeniem.

W poniższej tablicy grupujemy wyniki wedle czasu trwania porażenia, oraz rozpoznania. (forma).

Nr.	Czas trwania	I	II	III	IV	Nr.	Rozpoznanie	I	II	III	IV
16	kilka mies	100	55	—	—	3	f. dement. simpl.	83	59	97	—
13	1 rok	84	—	46	—	4	„ „	48	48	46	—
3	1 rok	83	59	97	—	7	„ „	78	83	—	—
9	1 rok?	35	—	81	—	8	„ „	479	214	133	—
14	1 rok?	132	—	134	—	15	„ „	68	27	54	—

Nr.	Czas trwania	I	II	III	IV	Nr.	Rozpoznanie	I	II	III	IV
8	2 lata	479	214	133	—	16	f. depress	100	55	—	—
15	2 lata?	67	27	54	—	14	f. man.	132	—	134	—
10	3 lata	122	159	—	—	6	„ „	113	91	90	115
7	3 lata	78	83	—	—	10	„ „	122	159	—	—
4	5 lat	48	48	46	—	13	„ „	84	—	46	—
11	6 lat	55	95	76	82	9	„ „	35	—	81	—
2	6 lat	60	75	60	—	2	f. stacjonarna	60	75	60	—
6	10 lat	113	91	90	115	11	„ „	55	95	76	82
12	12 lat	88	85	98	—	15	„ „	88	85	98	—

Chore Nr. 1 i 5 zostały z powodu gruźlicy pominięte; chorej nr. 17 dlatego nie umieszczono w tablicy, że badano jej krew tylko po malarji. Chore nr. 18 i 19 jako nie p. p (kiła utajona) też zostały pominięte. Wreszcie u chorych nr. 9, oraz nr. 13 i 14 nie zanotowano w tej tablicy wyników II badania jako będących następstwem malarji. Analiza cyfr zamieszczonych w powyższej tablicy nasuwa następujące wnioski: Przypadki długotrwałe (stacjonarne oraz z otępieniem prostem) wykazują większe przyspieszenie niż przypadki o krótszym przebiegu (manjakalne). Można chore nasze (patrz prawa strona tablicy) uszeregować ponadto w pewne grupy uwzględniając rozpoznanie (forma porażenia) i szybkość opadania. I tak 3 chore (nr. 2, 11, 12) wykazują podobny czas opadania, przyczem czas trwania choroby (6, 6, 12 lat) jest podobny u nich, a rozpoznanie identyczne. O tej podgrupie dającej się wyraźnie ograniczyć, wspominaliśmy już powyżej. U chorych (nr. 3, 4, 7, 8, 15) z rozpoznaniem dementia simplex wahają się wyniki w granicach 46 — 100 minut z pominięciem przypadku nr. 8. Przyczem przypadki nr. 4 oraz nr. 15 stanowią dolną granicę podgrupy wyróżniając się także klinicznie większym stopniem otępienia. W przypadkach nr. 3 i nr. 7 wyniki są zbliżone. Wymieniona podgrupa nie tworzy już jednak tak zwartej całości, jak poprzednia. Wreszcie w 3 podgrupie manjakalnej (1 chora depresja) znajdujemy zno-

wu znaczne podobieństwa wyników. A mianowicie przypadki Nr. 13 i 9, o krótkim czasie trwania, oraz o przebiegu ostrym po którym nastąpiła poprawa po malarji, wykazują b. podobny wynik. Następnie zaś u chorych nr. 6, 10, 14 i 16, szybkość opadania charakteryzuje się większemi liczbami, niezbyt się różniącemi. Są to przypadki, gdzie niema dotąd poprawy (chora nr. 14 wykazuje narazie poprawę małego stopnia), a czas trwania jest naogół dłuższy. W ten sposób otrzymaliśmy 3 odrębne podgrupy w grupie porażenia. I z nich (stacjonarne) oraz II (dementia simplex) wykazują szybkość poniżej 100, a powyżej 46, najczęściej 60 — 80 minut. III natomiast (manjakalne) charakteryzuje się dłuższym czasem opadania, przyczem większość (16,14, 6, 10) wykazuje wyraźnie dłuższy czas opadania, a dwa pozostałe przypadki (13, 9) nie krótszy od czasów podgrupy I-II, przyczem istnieje w tych ostatnich związek opadania z malarją leczniczą.

Ostateczny wynik badania chorych II grupy wykazuje przyspieszenie u wszystkich (z wyjątkiem ewtl. chorej nr. 8) chorych. A więc w porażeniu postępującem stwierdza się stale przyspieszenie opadania krwi i to w większości przypadków poniżej 100 minut. Czas trwania porażenia ma wpływ na nasilenie przyspieszenia. Zależność ta szybkości opadania, stwierdzona u naszych pacjentek, nie jest jednak we wszystkich przypadkach jednako wyraźnie zaznaczona. Dowodem istnienia równoległości wyników badania do progresji procesu chorobowego są zwłaszcza chore nr. 4, 15, oraz 2, jednak paralelizm ten nie występuje tak wyraźnie we wszystkich przypadkach. Łącznie z powyższemi wnioskami końcowemi należy stwierdzić, że wyniki nasze zgodne są z wynikami Plauta, Löwenberga, Calissowa, Schottkyego. Różnią się do pewnego stopnia od wyników Siwińskiego i Götza, którzy stwierdzili przyspieszenie tylko w większości przypadków (77 proc. i 80 proc.), a także od wyników Sahlgrena i Grönberga. Możemy również potwierdzić dotychczasowe doświadczenie, że malarja powoduje znaczne przyspieszenie opadania (Ferrio). Wreszcie badania nasze potwierdzają wyniki badań Schottkyego, że istnieje paralelizm między nasileniem procesu porażenia, a szybkością opadania.

III. Epilepsja.

Grupa niniejsza obejmuje 28 pacjentek. Wyniki badań przedstawiają się następująco (tablica).

Nr.	chora	I	II	III	IV	Nr.	chora	I	II	III	IV	V
1.	Ba.	360	+424	—	—	15.	N.	+108	+81	—	—	—
2.	Be.	100	168	—	—	16.	No.	375	255	—	—	—
3.	Bo.	+53	—	—	—	17.	P.	289	94	+112	+132	+103
4.	Br.	125	+120	—	—	18.	Pr.	160	85	+63	—	—
5.	D.	+344	308	+238	+218	19.	R.	89	55	—	—	—
6.	Du.	87	47	+29	—	20.	S.	185	262	186	—	—
7.	F.	183	195	+118	—	21.	Si.	267	196	—	—	—
8.	Fi.	60	+75	+101	+59	22.	Sz.	66	+41	+42	—	—
9.	K.	257	163	—	—	23.	T.	73	+330	—	—	—
10.	Ka.	117	+76	+53	+65	24.	W.	94	—	—	—	—
11.	Ku.	143	155	—	—	25.	Wa	+117	+56	+108	—	—
12.	M.	199	—	—	—	26.	Z.	87	+120	—	—	—
13.	Me.	135	+89	—	—	27.	G.	418	397	—	—	—
14.	Mi.	+156	64	+69	—	28.	Gr.	76	40	+133	—	—

W powyższej tablicy znakiem + oznaczono te badania, które wykonano najwyżej w 12 godzin przed lub 12 godzin po napadzie. 3 chore badano jeden raz tylko z przyczyn niezależnych od nas, jak śmierć (3, 12) lub zwolnienie pacjentki (24). Tylko 4 pacjentki wykazują normalne opadanie, a mianowicie chore nr. nr. 5, 12, 16, oraz 21. Chora 20 wykazuje dwukrotnie, na 3 badania tak nieznaczne przyspieszenie, że możnaby ją praktycznie biorąc zaliczyć do wspomnianych chorych z normalnem opadaniem. Natomiast u 2 chorych (nr. 1 i 27) stwierdzono opóźnienie opadania. Wyniki opadania u 3-ch pacjentek trudno jest należycie ocenić, gdyż badania u tych chorych wykonano tylko w okresie napadowym (przypadkowo). Są to chore nr. 3, 15 i 25. Wpływ napadów epileptycznych na opadanie krwi przedstawia się wedle powyższej tablicy następująco: Możemy rozróżnić 2 grupy, pierwsza wykazuje opóźnienie w okresie napadowym, a druga przyspieszenie w tymże okresie. Do pierwszej grupy należą chore Nr. 1, 8, 14, 23, 26 i 28, a więc razem 6 chorych. Najjaskrawiej przedstawiają się wyniki badania u chorej nr. 23, gdzie w okresie beznapadowym otrzy-

mano jako wynik 73 minut, zaś w okresie napadowym aż 330 minut. Pozatem uderzają nas także wyniki u chorej nr. 28. Zmiennie zaś przedstawiają się wyniki chorej nr. 8. Do drugiej grupy należy 8 chorych, a mianowicie nr. 4, 6, 7, 10, 13, 17, 18 i 22 U chorej nr. 17 uderza II wynik badania. Chora nr. 5 wykazuje 2 razy zmniejszenie czasu opadania (218, 238) jeden raz zaś zwiększenie (344) w stosunku do okresu beznapadowego (308) Wogóle badania w okresie napadowym wykonano u 18 chorych na 28 (chore Nr. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 22, 23, 25, 26 i 28). Przyspieszenie opadania niezależnie od okresu napadowego spotykamy jednorazowo lub częściej u chorych Nr. 2, 4, 6, 7 (ostatnia nieznaczne), 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20 (ostatnia nieznaczne), 22, 23, 24, 26 i 28, a więc u 19 chorych na 28. Wynika z tego, że przyspieszenie opadania krwinek w epilepsji niezawsze jest zależne od napadów, występuje bowiem równie często i w okresach beznapadowych (nasze chore były 5 — 10 dni i więcej bez napadów w chwili badania), tem bardziej, że chore nr. 9 i 19, które w czasie dłuższego dotychczasowego pobytu w Zakładzie (13 i 7 lat), nie miały napadów, wykazują przyspieszenie! Chora nr. 19 wykazuje nawet przyspieszenie znacznego stopnia (89 i 55 minut). Co do chorób cielesnych, to dwie chore (nr. 11 i 20) cierpią na jaglicę, przyczem chora nr. 20 wykazuje minimalne przyspieszenie, graniczące z normą, chora zaś nr. 11 stosunkowo małe przyspieszenie (143 i 155 minut), które może również tłómaczyć się wiekiem chorej (chora liczy 65 lat). U chorej nr. 22 stwierdzono gruźlicę o charakterze wybitnie przewlekłym. Jest to jedyna komplikacja, którą w tej grupie musimy wziąć pod uwagę. U wspomnianej chorej (nr. 22) stwierdzono przyspieszenie w okresie napadowym i tylko dlatego została ona przytoczona. Wyników badania tej chorej uwzględniać w następnych zestawieniach nie będziemy.

Obecnie przedstawiamy podział chorych wedle czasu trwania choroby.

Nr.	Lata chor.	Opadanie	Nr	Lata chor.	Opadanie	Nr.	Lata chor.	Opadanie	Nr.	Lata chor.	Opadanie
24	5	94	25	20	25 - 117	24	5	94	13	22	135
20	5	185 - 262	13	22	89 - 135	20	5	185 - 262	21	23	196 - 267
4	14	120 - 125	21	23	196 - 267	4	14	125	18	30	199
7	14	118 - 195	12	30	199	7	14	183 - 195	26	32	87

Nr.	Lata chor.	Opadanie	Nr.	Lata chor.	Opadanie	Nr.	Lata chor.	Opadanie	Nr.	Lata chor.	Opadanie
17	14	94-289	26	32	87-120	17	14	94-289	33	33	73
18	15	63-160	23	33	73-330	18	15	85-160	6	34	47-87
2	15-19	100-168	6	34	29-87	2	15-19	100-168	1	42	360
5	15-19	218-344	1	42	360-424	5	15-19	238-308	—	—	—
8	15-19	59-101	15	43	81-108	8	15-19	60	—	—	—
9	15-19	163-257	—	—	—	9	15-19	163-257	—	—	—
19	15-19	55-89	—	—	—	19	15-19	55-89	-	—	—
28	15-19	40-133	—	—	—	28	15-19	40-76	—	—	—
10	20	53-117	—	—	—	10	20	117	—	—	—
14	20	64-159	—	—	—	15	20	64	—	—	—

W tablicy porównującej czas trwania choroby z opadaniem nie umieszczono 4-ch chorych Nr. 3, 11, 16 i 27, których czas trwania choroby jest nieznany. W tablicy podano najniższy i najwyższy czas opadania. Ta tablica, w której uwzględniono wszystkie czasy badań (nie wyłączając badań przeprowadzonych w okresie napadowym), nie daje możności dalszych wniosków, gdyż brak jest regularności w ugrupowaniu czasów wyników stopniowo wedle lat trwania choroby. Druga część tablicy przedstawia uszeregowanie chorych wedle czasów opadania krwi, pobranej w okresie pozanapadowym i zawiera tylko te wyniki. Wyeliminowano w ten sposób wpływ napadów na opadanie krwinek. Jednak i tym sposobem nie otrzymuje się danych do wykazania zależności opadania od czasu trwania choroby, a jedynie zostaje w ten sposób unaoczniony fakt, że przyspieszenie opadania w epilepsji występuje także i w okresach beznapadowych. Następna tablica zestawia szybkość opadania i ilość napadów w miesiącu u badanych epileptyczek.

Nr.	Ilość napadów	Opadanie	Nr.	Ilość napadów	Opadanie
19	0	55,89	12	1-8	199
9	0	163,257	4	1-10	120,125
16	1-2	255,375	7	1-10	118,183

Nr.	Ilość napadów	Opadanie	Nr.	Ilość napadów	Opadanie
2	1-2	100,168	18	1-10	85,160
24	2	94	21	1-10	196,267
20	3	185,262	27	1-10	397,418
1	1-4	360,424	28	1-10	40,133
6	1-4	29,87	5	5-10	238,344
23	1-5	73,330	25	10-20	56,117
15	1-5	81,108	26	10-20	87,120
14	1-5	64,159	10	--30	53,117
13	1-5	89,135	17	20-40	94,289
11	1-5	143,155	8	—60	60,101

Powyższa tablica przedstawiająca stopniowane zestawienie chorych wedle ilości napadów w miesiącu, nie daje możności ścisłego ustalenia zależności przyspieszenia opadania od ilości napadów. A więc wynik zestawienia podobny jak w tablicy poprzedniej. Należy dodać, że chora Nr. 19 nie ma obecnie ekwiwalentów (55 i 89 minut), przeciwnie chora Nr. 9 ma stale częste (163 i 257 minut)! W ostatniej wreszcie tablicy, dotyczącej grupy epilepsji, przedstawimy odchylenia, szybkości opadania zależne od ilości napadów w okresie (doba), w którym przeprowadzono badanie krwi, przyczem dla porównania umieszczone są równocześnie wyniki badania krwi w czasie wolnym od napadów.

Nr.	badanie w okresie beznapad.	badanie przed napadem	badanie po napadzie	Nr.	badanie w okresie beznapad.	badanie przed napadem	badanie po napadzie
4	125	—	^{1}120	7	183,195	^{2}	^{3}118 ^{3}156
6	47,87	—	^{1}29	14	64	—	^{3}69 ^{1}344
13	135	—	^{1}89	5	308	—	^{1}238 ^{1}218
18	85,160	—	^{1}63	10	117	—	^{1}76 ^{1}53
23	73	^{1}330	—	17	94,289	^{5}112	^{1}65 ^{2}132
26	87	—	^{2}120	—	—	—	^{2}103
28	40,76	—	^{2}133	—	—	—	—

W tablicy tej umieszczono badania w okresie napadowym (przed i po napadzie) tylko tych chorych, które były badane także w okresie beznapadowym, razem 12 pacjentek. Cyfry w górze pól, po lewej stronie oznaczają ilość dobową napadów w dniu badania. Na 12 pacjentek stwierdza się u 8 przyspieszenie opadania przy badaniu w tej samej dobie, w której chora miała napad (y), są to chore Nr. 4, 6, 13, 18, 7, 5, 10 i 17. Natomiast u 4-ch chorych można stwierdzić powolniejszy opad w okresie napadowym, niż beznapadowym (23, 26, 28 i 14). Wynik badania chorej Nr. 7 dowodzi, że wielkość przyspieszenia nie zależy wprost od ilości dobowej napadów, u chorej wspomnianej była największa dobowa ilość napadów w dniu badania, bo 5 (3 napady przed, a 2 po badaniu)! a mimo to procent przyspieszenia (50%) równał się temuż po 1 napadzie (195 i 183, a 118 u chorej Nr. 7, gdy np. 47 i 87, a 29 u chorej Nr. 6).

Badania nasze wykazały: 1) przyspieszenie opadania u większości chorych, bo u 19 na 28; 2) przyspieszenie opadania po napadach (8 chorych na 12), rzadziej opóźnienie (4 chore); 3) 2 chore badane przed napadami wykazują, jedna opóźnienie (Nr. 23), druga przyspieszenie (Nr. 17); 4) nie stwierdzono wyraźnej zależności czasu opadania krwi od ciężkości procesu chorobowego (czas trwania choroby, ilość miesięczna napadów).

Co do punktu pierwszego to wyniki nasze są podobne do wyników badań Löwenberga a częściowo i Siwińskiego natomiast inne niż wyniki Schottkyego. Co do punktu drugiego to wyniki nasze zgodne są odnośnie do przyspieszenia z dotychczas poznanym stanem rzeczy.

IV. Psychoza manjakalno - depresyjna.

Zbadano 33 chore z psychozą manjakalno - depresyjną a wyniki tego badania są zestawione w poniżej podanej tablicy. U chorej Nr. 1 stwierdzono objawy kataru pęcherza, oraz wole (opadanie 45 i 50 minut). U chorej Nr. 13 objawy niedomogi mięśnia sercowego, oraz zmiany chroniczne nerek (opadanie 27 i 25 minut). Wskutek tych komplikacyj obie te chore nie zostały umieszczone w tablicy wyników. Także chora Nr. 7 z jaglicą została pominięta, ponieważ stwierdzono u niej znaczne przyspieszenie (82 i 89 minut). Chorą badano 2-krotnie w okresie manjakalnym, a wyniki opadania krwi u tejże chorej przypominają wyniki u innych chorych.

Mimo to wyników badania tej chorej nie uwzględniamy w poniższem zestawieniu.

Wreszcie chora Nr. 2 wykazuje objawy anemji sekundarnej (m. i. słupek krwinek 19 i 16 mm), ponieważ jednak przyspieszenie opadania u tej chorej jest zdaniem naszem nieproporcjonalne (36 i 32 minuty) do stanu cielesnego chorej, zamieszczamy wyniki badania tej pacjentki w naszej tablicy, z tem jednak, że z tych wyjątkowych wyników żadnych wniosków wyciągać nie będziemy. Wreszcie ze względu na wiek (65 lat), oraz krótki stosunkowo czas trwania choroby, pominiemy także i chorą Nr. 6.

Obecnie podajemy poniżej przegląd wyników badań odczynu Biernackiego u 29 chorych.

Nr.	wiek chorej	rozpoznanie	I	II	Nr.	wiek chorej	rozpoznanie	I	II
22	25	ps. m. d. atyp.	275	194	25	43	ps. m. d.	369	195
17	26	ps m. d. atyp.	135	71	12	44	ps. m. d.	187	137
18	28	ps m. d.	251	192	26	40	ps. m. d.	142	76
29	29	melanchol.	207	246	3	48	melanchol.	150	118
20	30	ps. m. d.	64	82	15	49	manja	94	51
24	31	ps. m. d.	54	69	23	40 - 50	ps m d.	88	87
5	35	ps. m. d. atyp.	196	191	16	51	ps. m. d.	170	135
10	36	manja	314	351	28	51	ps. m. d atyp.	92	89
19	37	manja	160	102	30	51	manja chron.	168	149
31	37	ps. m. d.	146	146	14	52	manja chron.	66	68
33	37	ps. m. d. „stan mieszany"	161	269	32	54	manja chron.	148	152
21	40	ps. m. d.	89	97	4	57	manja chron.	192	181
27	40	ps. m. d atyp.	78	82	8	62	manja chron.	91	71
2	42	ps. m. d.	36	32	9	66	manja chron.	69	86
11	43	manja	267	—	—	—	—	—	—

Opadanie normalne stwierdzamy u następujących chorych Nr. 22, 18, 29, 10, 11, 25, a więc u 6 chorych w stosunkowo młodym wieku bo od 25-43 r. życia. Interesującem jest, że pacjentki Nr. 10, 11, 18 i 25 charakteryzują się przebiegiem przewlekłym choroby, słabo nasilonym, jednostajnym. Chore Nr. 22 i 29 wykazują, od chwili przyjęcia przed 3-ma laty, brak zmiany obrazu chorobowego (w szczególności brak interwałów), natomiast większe nasilenie objawów aniżeli chore poprzednio wspomniane. Małe stosunkowo przyspieszenie od 150-200 min. stwierdza się u chorych Nr. 4 i 5, a na granicy 150 minut u Nr. 30 i 32 (168 i 149, oraz 148 i 152 min.) Chore Nr. 4, 30 i 32 stanowią grupę chronicznej manji o zbliżonym czasie trwania psychozy, (5, 6 i 8 lat), jak i wieku samych chorych (57, 51 i 54 lat). Gdy zestawimy obecnie chore,

które wykazują czas opadania stale poniżej 100 minut (pomijamy chorą Nr. 2), otrzymamy grupę złożoną z 10 chorych (Nr. 8, 9, 14, 15, 20, 21, 23, 24, 27 i 28), przyczem najniższy czas opadania wykazuje badanie chorej Nr. 24 (54, 69), a najwyższy chorej Nr. 21 (89, 97). Pierwsze 3 chore (Nr. 8, 9 i 14) to znowu przypadki manji chronicznej o zbliżonym do siebie wieku chorych (62, 66 i 52 lat). Interesująca jest ta dysocjacja 6-przypadków manji chronicznej, przyczem obie podgrupy (po 3 chore) nie różnią się ściśle ani wiekiem (wszystkie po 50 r. życia) ani nasileniem objawów klinicznych (gdyż tu i tam spotyka się lekkie jak i ciężkie postacie manji), jedynie różnią się one czasem trwania choroby, albowiem podgrupa o małem przyspieszeniu (chore Nr. 4, 30 i 32) wykazuje czas trwania psychozy 5-8 lat, gdy druga podgrupa (8, 9) 16i20 kilka lat. U chorej Nr. 14 należącej do drugiej podgrupy podała rodzina czas trwania choroby na 5 lat, istnieje jednak uzasadnione podejrzenie, że czas ten jest dłuższy. Pozostałe przypadki o czasie opadania, mniejszym od 100 minut (Nr. 15, 20, 21, 23, 24, 27 i 28), tworzą grupę chorych o zmiennem nasileniu stanu chorobowego, o wieku 30-51 lat, o różnym czasie trwania choroby i o różnych rodzajach form (2 atypowe 1 manja, reszta psychozy naprzemienne). Jak widzimy więc, nie znajdujemy żadnych wyraźnych punktów oparcia dla wykluczenia przypadkowości w powstaniu tej grupy. Pozostałe wreszcie chore (Nr. 3, 12, 16, 17, 19, 26, 31 i 33), w liczbie 8, wykazują zmienny poziom wyników opadania, zwłaszcza chore Nr. 17, (135 i 71),

Nr.	Czas trwania	Minut				Nr.	Czas trwania	Minut			
		50- 00	100-150	150 200	200-			50- 00	100-150	150-200	200-
20	2	64,82	—	—	—	15	9	51,94	—	—	—
17	3	71	135	—	—	33	10	—	—	161	269
22	4	—	—	194	275	21	10	89,97	—	—	—
24	5	54,69	—	—	—	3	10	—	118,150	—	—
32	5	—	148,152	—	—	23	10	87,88	—	—	—
29	6	—	—	—	207,246	18	11	—	—	192	251
27	6	78,82	—	—	—	10	12	—	—	—	314,351
12	6	—	137	187	—	28	13	89 92	—	—	—
30	6	—	149	168	—	19	15	—	102	160	—
25	8	—	—	195	369	9	16	69,86	—	—	—
4	8	—	—	181,192	—	11	17	—	—	—	267
5	9	—	—	191,196	—	8	20	71,91	—	—	—
31	9	—	146,146	—	—	16	24	—	135	170	—

Nr. 26, (142 i 76) i Nr. 33 (161 i 269). Wyjątek stanowi chora Nr. 31, (146 i 146), przyczem należy podkreślić, że 1 badanie wykonano w okresie podniecenia manjakalnego, a drugie w okresie przygnębienia! Powyższe chore tworzą znowu grupę niejednolitą (odmienny przebieg, nasilenie objawów, różne formy choroby i różny czas trwania). Dla ostatecznego wyjaśnienia sprawy zestawimy jeszcze raz nasze chore wedle czasu trwania choroby (tablica poprzednia).

Tablica ta nie pozwala na stwierdzenie stałej zależności szybkości opadania od czasu trwania choroby. Pozostaje nam jeszcze zbadać stosunek między opadaniem, a formą psychozy.

Niniejsza tablica daje nam przegląd wyników wedle rozpoznania szczegółowego.

Nr.	Rozpoznanie	Opadanie		Nr.	Rozpoznanie	Opadanie	
14	manja chron.	66	68	20	ps. m. d.	64	82
9	„ „	69	86	23	„	88	87
8	„ „	91	71	21	„	89	97
32	„ „	148	152	26	„	142	76
30	„ „	168	149	31	„	146	146
4	„ „	192	181	16	„	170	135
15	manja okresowa	94	51	12	„	187	137
19	„	160	102	18	„	251	192
11	„	267	—	25	„	369	195
10	„	314	351	27	„ atypowa	78	82
3	melancholja	150	118	17	„ „	135	71
29	„	207	246	5	„ „	196	191
24	ps. m. d.	54	69	22	„ „	275	194

Opuszczono w tej tablicy chorą Nr. 33 („stan mieszany"). Grupę manji chronicznej omówiliśmy już powyżej, na tem miejscu należy jedynie jeszcze raz podkreślić, że u wszystkich pacjentek tej grupy stwierdzono przyspieszenie.

Grupa psychozy naprzemiennej okresowej obejmuje 10 przypadków, wśród 8 z nich stwierdza się przyspieszenie, 3 pacjentki (Nr. 24, 20, 23) wykazujące największe przyspieszenie, charakteryzują się równocześnie znacznem bardzo nasileniem objawów chorobowych, przyczem pacjentka Nr. 24, wykazująca najniższy czas opadania w całej grupie psychozy manj. — depr. (28 chorych) stanowi również przypadek najjaskrawszy odnośnie do nasilenia objawów. Pacjentki Nr. 18, 25, u których stwierdza się najdłuższy czas opadania (normalny) stanowią przypadki o najłagodniejszym

przebiegu psychozy w tej podgrupie 10-ciu chorych. A więc istnieje tutaj zaznaczona korelacja, przyczem przyspieszenie opadania jest tu wprost proporcjonalne do nasilenia choroby. Przypadki manji wykazują podobne stosunki. Chore Nr. 15 i 19, wykazujące przyspieszenie, różnią się tem, że wykazują większe nasilenie objawów, niż pacjentki Nr. 11 i 10 (opadanie normalne). W grupie psychozy atypowej stwierdza się raczej odmienne stosunki, albowiem chore Nr. 5 i 22 wykazujące najpowolniejszy opad krwi, przedstawiają najcięższe klinicznie przypadki.

Ostatnia tablica przedstawia nam w jakim okresie psychozy badano krew.

Nr.	manjak.	depres.	przerwa	Nr.	manjak.	depres.	przerwa
3	—	150,118	—	20	64	—	82
4	192,181	—	—	21	89,97	—	—
8	91,71	—	—	23	—	—	88,87
9	—	—	69,86	24	54,69	—	—
10	—	—	314,351	25	369,195	—	—
11	267	—	—	26	142,76	—	—
14	66,68	—	—	29	—	207,246	—
15	94	—	51	30	168,149	—	—
16	170	—	135	31	146	146	—
18	—	251,192	—	32	148,152	—	—
19	160,102	—	—	—	—	—	—

Opuszczono w tej tablicy przypadki atypowe (Nr. 5, 17, 22, 27, 28), „stan mieszany" (Nr. 33), oraz chorą Nr. 12.

Powyższa tablica pozwala nam na lepsze wniknięcie w zawiłe stosunki grupy psychozy manj.-depr. Stwierdzamy, że 1) określanie opadania w okresie manjakalnym daje z nielicznemi wyjątkami, wyniki bardzo podobne przy powtórnem badaniu, 2) podobnie ma się rzecz z okresami depresyjnemi, oraz interwałami, 3) u chorej nr. 31 badanie opadania, wykonane w okresie manjakalnym a następnie depresyjnym, dało w obu razach ten sam wynik, bo 146 minut, 4) badanie wykonane w okresach raz manjakalnym drugi raz bezobjawowym dało wynik zmienny, 2 razy bowiem (chore nr. 15 i 16) stwierdzono krótszy czas opadania w interwale w stosunku do okresu manjakalnego u tych samych chorych, zaś 1 raz dłuższy czas opadania w okresie przerwy (chora nr. 20).

Stwierdziliśmy w ten sposób przyspieszenie opadania u większości chorych (22 na 28). Wszystkie przypadki manji przewlek-

łej wykazały przyspieszenie, mogące być tylko w przypadkach o małem przyspieszeniu, następstwem późniejszego wieku chorych. O ile wiek chorych oraz czas trwania choroby nie wykazały wyraźnego regularnego wpływu na szybkość opadania, to w pewnych przypadkach udało się wykazać (grupa psychozy naprzemiennej okresowej) zależność opadania od nasilenia objawów chorobowych w znaczeniu większego przyspieszenia opadania w ciężkich przypadkach i odwrotnie. Stwierdziliśmy wreszcie, że dwukrotne badania w tym samym okresie choroby dają niewiele się różniące wyniki. Jest też prawdopodobne, że okresy manjakalny i depresyjny u tych samych chorych nie różnią się wynikami opadania krwi. Przeciwnie niż Bielawski i Schottky, a podobnie jak Siwiński, stwierdziliśmy przyspieszenie w psychozie manjakalno - depresyjnej. Jednostce tej poświęciliśmy specjalnie dużo miejsca ze względu na nieliczne dotychczas badania opadania krwi w tej psychozie.

V. Schizofrenja.

Ostatnia grupa obejmuje największą ilość chorych, bo prawie że 50% wszystkich badanych. Na końcu niniejszego rozdziału wspominamy o kilku badanych parafreniczkach (4). Zbadaliśmy 86 przypadków schizofrenji. Jest naturalnem, że przy tak dużym materjale zbadano także pewną ilość chorych z komplikacjami cielesnemi, które powodują przyśpieszenie opadania krwi. Najważniejszą jest tu gruźlica, co jest zrozumiałe ze względu na częstość tej choroby w zakładach, a zwłaszcza wśród schizofreników. Już po przeprowadzonem badaniu stwierdzono gruźlicę u chorych Nr. 5, 33, 56. Chorą Nr. 76 badano w okresie podleczenia gruźlicy, chorą Nr. 53 w okresie początkowym. A więc 5 chorych pominiemy w niniejszych rozważaniach z powodu gruźlicy. 3 chore (Nr. 37, 39, 47,) wykluczamy z powodu sekundarnej anemji (44 min. i 19 mm. słupka krwinek; 92 min i 15 mm; 36 min i 18 mm). Nie zaliczamy również chorej Nr. 36 (64 i 74 min.) z powodu niewyrównanej niedomogi serca. U 4-ch chorych istnieje jaglica (Nr. 20, 61, 67 i 75), przyczem badanie opadania u tych chorych dało wyniki zmienne (117 i 101, 214 i 261, 67 i 66, 77 i 69). Tych chorych w statystyce naszej również nie umieszczamy. W ten sposób eliminujemy 13 chorych, pozostaje nam więc do opisania 73 przypadków schizofrenji. Ze względu na niemożność zestawienia wyników badań tych wszystkich przypadków na jednej tablicy, jesteśmy zmuszeni porozdzielać je na osobne grupy wedle

rodzaju zachorzenia, chociaż zdajemy sobie dokładnie z tego sprawę że taki podział jest pod względem psychjatrycznym (jak dotąd) sztuczny. W ten sposób otrzymujemy 4 grupy 1) katatonja, 2) schizofrenja paranoidalna, 3) hebefrenja, 4) schizophrenia simplex, stany końcowego otępienia, oraz pewna ilość przypadków atypowych, lub niedających się ściśle sklasyfikować z powodu zmiennego przebiegu.

I-a tablica przedstawia grupę katatonji, która to katatonja jest dla nas w grupie schizofrenji najbardziej interesującą ze względu na liczne i ciekawe wyniki dotychczasowych badań. Niestety z przyczyn od nas niezależnych (choroby cielesne pacjentek) grupa ta ilościowo przedstawia się bardzo skromnie.

Nr.	Wiek chorej	Czas trwania choroby	I.	II.	Nr.	Wiek chorej	Czas trwania choroby	I.	II.
54	62	20 lat	64	46	81	36	11 lat	78	106
80	55	10 „	58	79	21	29	9 „	123	339

Należy zaznaczyć, że 4 katatoniczki (Chore Nr. 5, 20 33 i 61) zostały wykluczone, z powodu gruźlicy, oraz jaglicy już poprzednio.

Im późniejszy wiek pacjentek i im dłuższy czas trwania choroby, tem szybsze jest opadanie. Chora Nr. 21 przedstawia najjaskrawiej rozwinięty obraz katatonji, opadanie zaś krwi okazało się jeden raz miernie przyspieszone, a drugi raz normalne, nawet bliskie granicy między normalnem opadaniem a opóźnieniem. Wszystkie cztery chore wykazują przyspieszenie opadania (ostatnia tylko przy I-em badaniu).

Przypadki z paranoidalną formą schizofrenji okazują następujące wyniki badań (tablica).

Nr.	Wiek chor.	Czas trwania chor.	I	II	Nr.	Wiek chor.	Czas trwania chor.	I	II	III
60	54	20 lat	99	102	22	38	4 lat	125	236	—
8	57	18 „	216	115	24	31	5 „	281	216	186

1 pacjentkę (nr. 53) musieliśmy wyeliminować, z powodu gruźlicy (patrz wyżej). U tych 4 na tablicy przedstawionych chorych otrzymane przyspieszenie jest mniejszego stopnia niż w grupie poprzedniej, przyczem również stwierdza się, że pacjentki starsze, dłuższy czas chore, wykazują większe przyspieszenie (nr. 60 i 8)

Przechodzimy do omówienia hebefreniczek (patrz tablica).

Nr.	Wiek chor.	Czas trwania choroby	I	II	Nr.	Wiek chor.	Czas trwania choroby	I	II
2	31	8	45	38	82	35	10	153	143
17	53	19	57	54	14	48	22	147	158
7	38	23?	55	75	16	36	7	136	188
55	29	8	30	102	3	37	4	200	138
6	33	11	96	102	4	55	25	206	143
29	31	5	97	126	30	36	9	160	232
23	30	5	105	109	45	45	27	248	287
43	39	7	86	131	69	38	14	429	238
25	43	13	113	106	11	33	6	586	435
15	44	13	100	157	—	—	—	—	—

U pacjentki nr. 2 nie można wytłómaczyć tak wielkiego przyspieszenia, tylko stwierdzoną u chorej anemją wtórną słabego stopnia (20 i 19 mm). U chorej nr. 55 duża różnica wyników tłómaczy się dużą poprawą wagi (po 2 miesiącach w czasie II badania) chorej, oraz stanu krwi (z 20 na 23 mm. słupek krwinek). Na 19 zbadanych przypadków hebefrenji stwierdzamy tylko w 3-ch przypadkach brak przyspieszenia, przyczem w 2-ch z nich istnieje nawet opóźnienie. A więc w 16 tu przypadkach na 19 (w 3 tylko pojedyńczo) wykazaliśmy przyspieszenie opadania. Procent to bardzo duży. Brak natomiast współzależności wyraźnej wieku chorych czasu trwania ich choroby i czasu opadania. Uderza jednak, że pacjentki, u których wykryto opadanie poniżej 100 min. są wszystkie z wyjątkiem Nr. 17 stosunkowo młode, są to chore Nr. 2, 7, 55, 6, 29 i 43 (29 — 39 lat). Równie jednak młode pacjentki wykazują opóźnienie opadania. Jeżelibyśmy mieli faktowi powyższemu, dotyczącemu przypadków z najmniejszemi liczbami opadania, przypisywać pewne znaczenie, to musielibyśmy również zwrócić uwagę, że jest to wynik wręcz odmienny, niż w grupie katatonji i schizofrenji paranoidalnej, gdzie właśnie młode pacjentki wykazywały powolniejsze opadanie. Pacjentkę nr. 11 badano w okresach podnie-

cenia i podkreślić należy znaczne opóźnienie opadania oraz przypomnieć, że w ps. manj. depr. spotykaliśmy się nie tylko z przyspieszeniem w związku z podnieceniem, ale i także ze względnem opóźnieniem. Pozostają nam wreszcie przypadki schizofrenji prostej (simplex). Do grupy tej wliczamy także stany znacznego otępienia, oraz przypadki o zmiennym przebiegu, oraz atypowe.

Wyniki tej grupy podajemy poniżej (tablica).

Nr.	Wiek chor.	Czas trwania	I	II	Nr.	Wiek chor.	Czas trwania	I	II	III
66	73	?	35	41	57	35	10	104	121	—
44	74	21	76	62	58	37	10	106	102	—
41	66	19	74	88	59	47	18	119	92	—
46	47	23	60	100	74	36	17	103	122	—
63	33	2	84	79	85	40	8	115	117	—
26	46	24	68	96	35	54	32	102	137	—
71	71	40	92	77	31	47	21	114	104	176
79	34	7	90	81	48	45	15	143	121	—
19	30	12	76	114	83	42	11	140	141	—
68	59	20	107	86	40	41	20-25	202	83	—
42	70	34	105	95	27	26	10	142	147	—
28	43	18	86	115	12	39	19	121	184	—
50	55	23	97	107	73	35	19	157	158	—
38	38	10	131	92	86	59	20	175	146	—
52	39	8	51	188	84	52	5	77	417	—

Chore Nr. 9, 32, 51 były badane tylko 1 raz, z powodu zwolnienia ich z Zakładu. Wyników badania tych chorych nie załączamy dla uniknięcia danych przypadkowych. Pozatem tablica ta obejmuje tylko przypadki wykazujące przyspieszenie odczynu opadania. Największe przyspieszenie okazują przypadki charakteryzujące się albo późnym wiekiem (Nr. 66, 44, 41, 71 i 42), lub też znacznem nasileniem procesu chorobowego, (Nr. 63 i 79), lub też (co na jedno wychodzi) długim czasem trwania choroby (Nr. 71, 68 i 42). A więc znajdujemy w przybliżeniu te same stosunki co w katatonji i schizofrenji paranoidalnej, a poprzednio także częściowo w psychozie manj. depr. (formy perjodyczne naprzemienne). Prawidłowość ta jest tu jednak tylko zaznaczona. Przechodząc do przypadków z normalnym, oraz opóźnionym czasem opadania krwi,

należy podkreślić, że tylko ze względów technicznych przedstawiono te wyniki na osobnej tablicy, a nie łącznie z poprzednią tabelą.

Nr.	Wiek	Czas trwania	I	II	Nr.	Wiek	Czas trwania	I	II
78	42	22	221	202	70	58	19	366	263
10	43	17	233	217	13	38	19	283	355
18	45	26	209	267	1	41	12	236	492
77	53	31	295	199	49	43	13	375	577
65	42	12	297	206	62	35	13	606	473
64	48	17	314	207	72	30	7	617	464
34	34	20-30	242	308	—	—	—	—	—

Uderza nas w tej tablicy, że 4 przypadki z opóźnieniem (Nr. 1, 49, 62 i 72) charakteryzują się stosunkowo krótkim czasem trwania choroby. Z 4-ch przypadków parafrenji podajemy tu dodatkowo tylko wyniki 3-ch przypadków, 1 chora cierpi bowiem na łuszczycę. Obie chore, wykazujące podobne wyniki 106 i 126 minut były w wieku powyżej 50 lat. Zaś pacjentka młodsza (43 lata) wykazywała czas opadania 88 minut. Za mała ilość przypadków nie pozwala na ogólny wniosek. Wyniki naszego badania schizofreniczek możemy streścić następująco: 1) katatonja i schiz. paranoidalna wykazują zawsze przyspieszenie opadania krwi, przyczem u katatoniczek spotyka się większe przyspieszenie. 2) Znaczna większość przypadków pozostałych grup schizofrenji wykazuje również przyspieszenie. 3) Część przypadków (katatonje, schiz. paranoidalne), wykazuje szybkość opadania wprost proporcjonalną do wieku chorych i czasu trwania ich choroby, w hebefrenji natomiast istnieje raczej stosunek odwrotnie proporcjonalny. 4) Katatonja nie różni się wyraźnie od innych grup schizofrenji odnośnie do opadania krwi. Wyniki powyższe odbiegają dosyć znacznie od dotychczasowych. Znaczna większość badaczy stwierdziła w schizofrenji z pominięciem katatonji, opadanie normalne lub powolne, zaś w katatonji przyspieszenie; my zaś wykazaliśmy przyspieszenie we wszystkich grupach schizofrenji, (zawsze w katatonji i w schiz. paranoidalnej. a bardzo często w innych formach). A więc nie znaleźliśmy odpowiednich danych umożliwiających różniczkowanie tą metodą poszczególnych grup, zwłaszcza katatonji, a także hebefrenji (Schottky). Jedynie Siwiński opisał częściowo podobne stosunki opadania (1, 3 schizofrenji przyspieszenie). Natomiast badania nasze wykazują znaczne podobieństwo

w wynikach do badań Meissnera oraz (ostatnio ogłoszonych) Küppersa, (74 proc. schizofrenji przyspieszenie).

Streszczenie.

1) Wszystkie badane przez nas grupy zachorzeń psychicznych (poencefalitycznych, luetycznych, epileptycznych, manjakalno-depresyjnych i schizofrenicznych) wykazują duży procent przypadków z przyspieszonem opadaniem (conajmniej 50 proc.). Zbadano 194 przypadków, z czego uwzględniono w zestawieniu wyników 165 przypadków. Badano metodą Linzenmeiera.

2) Przypadki parkinsonizmu i psychoz pośpiączkowych wykazały w 50 proc. przyspieszenie średniego, lub małego stopnia (powyżej 100 minut).

3) We wszystkich przypadkach porażenia postępującego stwierdzono przyspieszenie opadania i to w większości przypadków poniżej 100 minut. Przypadki o dłuższem czasie trwania wykazały większego stopnia przyspieszenie (stacjonarne i dementia simplex).

4) Większość przypadków epilepsji wykazała przyspieszenie (66,5 proc.). Stopień przyspieszenia nie jest zależny od nasilenia i czasu trwania choroby. Po napadach epileptycznych stwierdza się częściej przyspieszenie, rzadziej opóźnienie opadania.

5) Również większość przypadków psychozy manjakalno-depresyjnej wykazała przyspieszenie (77 proc). W pewnej grupie przypadków (manja okresowa i psychoza naprzemienna), stwierdzono większe przyspieszenie u pacjentek o większem nasileniu objawów chorobowych.

6) Opisano wyniki badania 73 przypadków schizofrenji i 4 parafrenji. Przypadki parafrenji charakteryzowały się przyspieszeniem zarówno znacznem jak i miernem. Katatonja i schizofrenja paranoidalna (po 4 chore) wykazywały zawsze przyspieszenie i to tem większe, im późniejszy był wiek chorych, oraz dłuższy czas trwania choroby, przyczem w katatonji stwierdzono ogólnie większy stopień przyspieszenia, niż w schizofrenji paranoidalnej. Także w 84 proc. przypadków hebefrenji stwierdzono przyspieszenie. Pozostałe postacie schizofrenji (46 chorych) mianowicie dementia simplex, formy atypowe, stany końcowe, wykazały w 69,6 proc. przyspieszenie.

7) Przyspieszenie opadania jest często spotykanym objawem psychoz. Charakter jego jest ogólno-biologiczny, niespecyficzny. Na podstawie cudzych jak i własnych badań nie możemy jeszcze

przypisywać mu decydującego znaczenia rozpoznawczego, chwilowo możemy wykorzystać go czasem w celu różniczkowania. Wartość tego objawu wzrośnie, o ile przeprowadzi się szereg dalszych badań zwłaszcza szczegółowych. Autorzy mają zamiar, o ile będzie to dla nich możliwe, takie badania przeprowadzić.

Literatura.

Bielawski, Nowiny Psychjatryczne 1924, nr. 1, str. 3. — Ferrio, Note e Rivista di Psichiatra, 1931, nr. 1. — Georgi, Archiv für Psychiatrie, 1924, 71. — Küppers, Allg. Z. Psychiatr. 1929, 97. — Löwenberg, Zeitschrift, f. d. g. N. u. Psych. 1923, 87. — Löwenberg Klin. Wochenschrift, 1923, nr. 33. — Meissner Medyc. dośw. i społ. IX, 1928. — Modrakowski i Lentz ibidem XI, 1930. — Piotrowski, Nowiny Psychjatryczne, 1924, 1925. — Plaut, Münch. med. Wochenschrift, 1920 nr. 10. — Runge, ibidem 1920, nr. 33. — Schrijver i Schrijver Hertzberger, Zeitschr. f. d. g. N. u. Psych 1932, 140. — Schottky, Zeitschr. f. d. g. N. u. Psych. 1931, nr. 33, 631-664. — Siwiński, Polska Gazeta Lekarska, 1924. — Siwiński, Presse médicale, 1926, 76. — Stryjecki Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 1933, nr. 7 i 8.

Ponadto dokładna literatura przedmiotu znajduje się w następujących pracach: 1) Westergren, Ergebnisse d. inn. Medizin. u. Kinderheilkunde, 1924, tom 26, str. 578 - 732. 2) Katz i Leffkowitz, Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderheilkunde 1928, tom 33, str. 266 - 392. 3) Leffkowitz, Urban i Schwarzenberg, Berlin - Wien, 1932. 4) Przytoczona już powyżej praca Schottkyego.

Sédimentation du sang dans les psychoses.

Par le Dr. ST. ŚWIERCZEK et Dr. ST. KAISER-ŚWIERCZKOWA.

Résumé.

Au début de leur rapport, les auteurs présentent la question dans son état actuel et citent de la littérature qui la concerne, les données les plus importantes. Ils décrivent ensuite leurs propres recherches entreprises selon la méthode de Linzenmeier et sur 194 malades (15 hommes, 179 femmes); ils ne mentionnent les résultats obténus qu'auprès de 165 cas étudiés, — des complications corporelles s'étant présentées chez 29 malades. Dans 16 cas postencéphalitiques, on a constaté 50 proc. d'accélération — au delà de 100 minutes. — L'accélération de la sédimentation s'est

ensuite manifestée dans tous les cas de paralysie générale (21) et cela dans la plupart des cas d'au - dessus 100 minutes. Dans 66,5 proc. de cas d'épilepsie on constata de même la réduction du temps de sédimentation et lors des crises, intervint ordinairement une nouvelle accélération, par contre rarement un retard de la sédimentation. 77 proc. des cas de psychose maniaque — dépressive furent caractérisés par l'accélération, ce que les auteurs soulignent comme un résultat non noté jusqu'ici. Enfin, furent examinés 73 cas de schizophrénie et l'on constata toujours l'accélération dans le groupe de la catatonie et de la schizophrénie paranoïdale, très souvent dans le groupe de l'hébéphrénie (84 proc.), souvent dans le groupe restant des cas (de la schizophrénie simple + états finaux). Les malades furent examinés aux moins 2 fois, souvent 3 fois; les épileptiques encore plus souvent. La réaction de la sédimentation, comme non spécifique, ne peut pour le moment être toujours appliquée dans la diagnose différentielle en psychiatrie. Toutefois elle peut être souvent précieuse.

Z Zakładu dla psychicznie chorych w Drewnicy. (Dyrektor Dr. Jan Gruszecki).

Współczesne badania nad przemianą materji w stanach manjakalnych i depresyjnych

Napisał Dr. ADAM LESZYCKI.

Referat przeglądowy.

Psychoza manjakalno - depresyjna, jak zresztą i inne jednostki chorobowe psychjatryczne, stała się w ostatnim dziesiątku lat przedmiotem coraz bardziej intensywnych badań; nietylko przejawy psychologiczne, ale także towarzyszące im zaburzenia cielesne zainteresowały badaczy w wysokim stopniu.

Pewne światło na te zaburzenia rzuca już tak gruntownie obecnie przebudowana nauka Eppingera i Hessa o autonomicznym układzie nerwowym. Znaczną pomoc w usiłowaniach poznania tych procesów okazują dalej coraz ściślejsze wiadomości o wpływie wydzielania wewnętrznego na przemianę materji i poglądy, tłumaczące stosunek obojga do układu nerwowego. Konkretne natomiast dane przynoszą badania nad przemianą materji.

Zaburzenia przemiany materji w stanach manjakalnych i depresyjnych są obecnie w literaturze zachodniej na warsztacie pracy. Zgóry już zaznaczyć trzeba, że wyniki tych wielostronnych badań nie doprowadziły jeszcze do jednolitych rezultatów. Ponieważ jednak z nich można snuć pewne hipotezy o przyczynach zaburzeń cielesnych, a więc: o zaburzeniach gruczołów dokrewnych, o zaburzeniach równowagi ośrodków, regulujących przemianę materji, dalej o wpływie tych zmian na układ nerwowy (procesy samozatrucia), wziąłem sobie za zadanie, właśnie te badania przeglądowe zreferować.

Już oddawna wykryto związek między pewnemi chorobami układu nerwowego, a zaburzeniami wątroby, tej centrali dla przemiany materji. W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia mówił już Klippel o „folie hépatique". Badania Wilsona wykazały wyraźny związek między zwyrodnieniem wątroby, a zmianami w jądrach soczewkowych pnia mózgowego — w jednostce chorobowej imieniem badaczy nazwanej (degeneratio hepato-lenticularis). Takież patogenetyczne związki wykazano w eklampsji i w delirium tremens. Według badań Kirschbauma uszkodzenie wątroby sprowadzało zmiany mózgowe. Te uszkodzenia mózgu polegały na obrzęku i zmianach komórek zwojowych, przeważnie zwyrodnieniowej natury. Ponieważ badania autopsyjne wątroby u zmarłych manjakalnych, względnie depresyjnych nie dały pozytywnych wyników, zwrócono się do badania czynności wątroby, oznaczając szczegółowo zawartość różnych składników we krwi i moczu chorych manjakalnych i depresyjnych.

Dość jednoznaczne wyniki osiągnięto przy oznaczaniu poziomu cukru we krwi chorych depresyjnych.

Zgodnie z licznemi badaniami w przeważnej liczbie przypadków znaleziono spontaniczne przecukrzenie krwi (hyperglycaemia); w wyraźnym stopniu występowało ono w stanach depresji z niepokojem lękowym, gdyż u tych melancholików były średnie wartości cukru we krwi wyższe niż u depresyjnych bez lęku (Lorentz, Heidema, Mann, Teenstra). Również badania moczu stwierdziły wielokrotnie występujący w stanach depresyjnych samoistny cukromocz (Raimann, Landenheimer, Graziani i Ehrenberg).

Próby tolerencji węglowodanowej wątroby, polegające na obciążaniu wątroby przez doustne podanie cukru gronowego (1,5 g cukru gron. na 1 kg wagi ciała) wykazały anormalną reakcję w sensie łatwego cukromoczu pokarmowego. Udawało się też stwierdzić przecukrzenie krwi pokarmowe. Podobnie anormalny odczyn wą-

wątroby wykazywały też próby adrenalinowe. Natomiast przy obciążaniu wątroby lewulozą i dekstrozą (Gerendasi) wyraźnych odchyleń od normy nie znaleziono.

W przypadku Raphaela, Fergusona i Scarle'a podnoszenie się zwierciadła cukru we krwi pod wpływem jednakowej ilości cukru gronowego było wybitnie wyższe w miarę wzmagania depresji; opadanie krzywej przeciągało się, a zwierciadło cukru we krwi pozostało po trzech godzinach jeszcze wybitnie ponad poziomem „naczczo".

Natomiast badania chorych manjakalnych często nie wykazywały znaczniejszych odchyleń od normy; niekiedy tylko stwierdzano niskie zwierciadło cukru we krwi; zawartość cukru w płynie mózg. rdzen. była jednak stale wzmożona (Wagnerowá — Hatrikowá).

Przecukrzenie krwi pokarmowe w stanach depresyjnych każe nam myśleć o zaburzonej czynności wątroby w sensie hyperfunkcji (Lange, Gerendasi); mogłaby ona być też oceniana jako zwolniona albo utrudniona gotowość zużytkowania fizjologicznego cukru. Niskie zaś zwierciadło cukru we krwi przy stanach manjakalnego podniecenia możnaby sobie tłumaczyć wzmożonem zużyciem glykogenu. Niektórzy autorzy przyjmują nawet związek między cukrzycą a melancholją. Reiter dochodzi do konkluzji, że między pyknikami-syntonikami a właściwościami cukrzycowemi istnieje bliskie, dziedziczno-biologiczne powinactwo. To zapatrywanie nasunęło myśl o możliwości leczniczego stosowania insuliny u pykników w stanach depresji z przecukrzeniem krwi (Leonhardt, Teenstra). Nie można pominąć punktu widzenia wypowiedzianego przez Meyera, według którego chodzi mniej o chorobowo zaburzoną czynność wątroby, jak raczej o wyraz „indywidualnej, konstytucjonalnie uwarunkowanej reakcji organizmu".

Massaut natomiast szuka wyjaśnienia dla zaburzeń przemiany węglowodanowej w glykopeptycznej niedomodze wątroby albo w sympatikotonji. O. Wuth wyraźnie przestrzega przed przecenianiem wyników badań nad przecukrzeniem krwi pokarmowem ze względu na rezultaty, które Lennox podniósł i z których wynika, że w istocie rzeczy wskazują one na każdorazowy stan napięcia układu wegetatywnego.

Podczas gdy Reimann w samoistnym cukromoczu przy depresjach zwolnienie przemiany materji za główną przyczynę upatry-

wał, Landenheimer widzi w cukromoczu symptom cielesny, „objaw ogniskowy afektu lęku".

Nie tak względnie pomyślnym skutkiem zostały uwieńczone badania nad przemianą białkową; w stanach depresyjnych i lękowych nie spotykano żadnych charakterystycznych zaburzeń, conajmniej zdolność wątroby do budowy mocznika wydaje się być zmniejszoną (Meyer). Kwas moczowy we krwi w stanach manjakalnych ma ulegać zwiększeniu, w stanach depresyjnych od normy nie odbiega; natomiast ilość kwasu moczowego w płynie mózg.-rdzen. bywa wyraźnie zwiększona (Zamecki).

Przy endogennej depresji znalazł Büchler urobilinogenurję w 23 proc. przypadków (przy katatonicznym stuporze w 84 proc. przypadków!). Sądzi więc, że afekt depresyjny jako taki jest czynnikiem, który wywołuje niedomogę wątroby, ponieważ np. w surowicy znajdują się lipazy hepatogenne (oporne na chininę) w 100 proc. przypadków przy endogennej depresji (przy paralitycznej w 72 proc.). Co do wyciągania wniosków o niedomodze wątroby na podstawie urobilinogenurji radzi jednak Marthinsen być ostrożnym, gdyż przy bilirubinourobilinowem krążeniu odgrywa rolę poza wątrobą i jelitem także extrahepatyczna część systemu śródbłonkowo - siateczkowego.

Hyperbilirubinemja okazała się (według Büchlera) w 90 proc. endogennej depresji; coprawda w większej ilości, bo w 95 proc. przypadków znaleziono ją w depresyjnej postaci porażenia postępującego, nigdy jednak u neurotycznie - depresyjnych. Równocześnie przeprowadzane badania moczu na obecność urobiliny (Gerendasi) — po przyjęciu 3 gr żółci bydlęcej nie stwierdziły wyraźniejszych odchyleń od normy.

Badania przemiany materji tłuszczowej były przedsiębrane przez oznaczenie zwierciadła cholesterynowego we krwi — po podaniu czystej cholesteryny (4 g); stwierdziły one hypercholesterynemją w depresji. W przypadkach z podwyższonym wskaźnikiem hyperglikemicznym, mógł być ustalony odwrotny stosunek między wysokością wskaźnika hyperglikemicznego a zawartością cholesteryny. Ze wzmożeniem wskaźnika hyperglikemicznego — cholesteryna odpadała (Lockwood). U lękowych Targowla i Lamache zauważyli normalne albo nawet obniżone zwierciadła cholesterynowe. —

Rozkład wątroby („Leberabbau") śledzony metodą Abderhaldena widział Büchler u manjakalno - depresyjnych w 72 proc. (przy

porażeniu postępującem typu depresyjnego w 78 proc.) przyczem intensywność reakcji i depresji idzie równolegle; nasilenia odczynu rozkładu nie dało się jednakże zmienić przez sztuczne wzmożenie afektów, afekt zatem, według Büchlera, może być nie przyczyną, tylko następstwem Trzeba jednak zaznaczyć, że metodę Abderhaldena obecnie się kwestjonuje ogólnie.

Ponieważ panuje pogląd, że fibrynogen w wątrobie jest wytwarzany, zwrócono się do badania czasu krzepliwości krwi; stwierdzono, że krzepliwość krwi jest przy wszystkich formach depresyjnych przedłużona Natomiast w stanach manjakalnych znaleziono przyspieszenie opadania krwinek (w depresji zwolnienie lub norma).

Przeprowadzono również (Gerendasi) doświadczenia nad odczynem hemoklazycznym Widala (po wypiciu 200 gr. mleka powinna wystąpić leukocytoza pokarmowa); przy zaburzeniach czynności wątroby natomiast występuje leukopenja i spadek ciśnienia. Jednolitych wyników badań tutaj nie osiągnięto. Leyser podkreśla, że Widal wątrobowy (oraz urobilinurja) mogą być pojmowane, jako wago-względnie sympatikotoniczne-objawy, gdzie rola wątroby jest tylko wtórna.

Sonden stwierdza, że na początku manjakalnego okresu była liczba leukocytów (głównie neutrofilów) większa, niż w fazach depresyjnych (bez Widala).

Zestawione powyżej dość jednoznaczne zaburzenia przemiany weglowodanowej, mniej wyraźne zaburzenia przemiany białkowej i tłuszczowej wątroby, każą nam bądź co bądź myśleć o cięższem zaburzeniu całkowitej funkcji wątroby.

Według Büchlera chwiejność przemiany materji jest częścią składową cyklicznej konstytucji i jest dominacyjnie dziedziczną. Jeśli w przebiegu zaburzeń przemiany materji chorują tylko odpowiednio przedchorobowo usposobione osobniki, to pośrednie produkty przemiany materji wątrobowej wydobywają chorobowe afekty z ich utajenia na powierzchnię, jako dziedzicznie uwarunkowane, potencjalnie istniejące właściwości.

Oprócz wątroby także czynności innych organów stały się przedmiotem zainteresowań badaczy. Indykanurję widział Büchler przy endogennej depresji w 89 proc. przypadków (przy paralitycznej depresji w 83 proc.) możnaby zatem szukać w depresji zaburzenia czynności jelit. Istotnie Reiter w 47 proc. (na 38 przypadków) stwierdził niedomogę trawienia węglowodanów, a w 18 proc.

dyspepsję fermentacyjną z biegunkami. Znalazł nadło w połowie przypadków obstypację, u manjakalnych równie często, jak u melancholików. Potwierdzenie tych obserwacyj Reitera możemy znaleźć w rozważaniu badań rentgenologicznych Henry'ego George'a.

Po podaniu papki barowej stwierdził u hypomanjakalnych chorych wybitne wzmożenie napięcia i ruchliwości jelit, jednakże właściwi manjacy mieli znów zmniejszenie czynności ruchowych jelit, które w bardzo wybitnym stopniu przejawiło się u depresyjnych chorych. Hypomanjakalny chory potrzebował przeciętnie 47 godzin, aby posiłek barowy zupełnie wydalić, podczas gdy 68 proc. chorych depresyjnych potrzebowało ponad 5 dni, aby ostatnie resztki opróżnić. Dlatego też obstypację u manjakalnych trzeba uważać za spastyczną, u depresyjnych zaś za hypotoniczną.

Pozwolę sobie tutaj przypomnieć, że już Bechterew usiłował doszukać się przyczyn psychozy manjakalno-depresyjnej w toksycznych procesach organów jelitowych z wytwarzaniem indoksylu.

Pewne światło na procesy somatyczne w psychozie manjakalno-depresyjnej zdają się rzucać badania nad przemianą gazową. Langfeldt przebadał wiele przypadków psychozy manjakalno-depresyjnej, które w depresyjnem stadjum wykazywały wyraźnie obniżenie przemiany podstawowej; później także Schou znalazł na 34 depresyjnych chorych 30, którzy przedstawiali obniżenie przemiany podstawowej, z tego 13 z patologicznie niskiemi wartościami. — Według Massaut przy stanach lękowych istnieje tendencja do podniesienia przemiany podstawowej. Mira zauważa, że wzmożenie przemiany podstawowej idzie w parze z podwyższeniem wartości cukru we krwi i z hypersympatikotonją. Przy obniżeniu zapanowywa układ parasympatyczny. Z prac H. Jankowskiej okazało się, że przemiana podstawowa wzmaga się pod wpływem nieprzyjemnych afektów (lęk, rozpacz, gniew), zarówno w chorobowych stanach depresji, jak także w stanach zdrowia. O. Wuth zaznacza, że co do sowistego dynamicznego działania bialka, to tutaj stosunki jeszcze dość mało są wyjaśnione. Na 12 przypadków depresji Jacobi'ego i Büttnera swoiste dynamiczne działanie białka było w 5 przypadkach niskie, w 4 przypadkach subnormalne. Natomiast okazało się, z materjału, opublikowanego przez S. Fischera, regularnie, obniżenie swoistego dynam. działania białkowego przy poczynających się schizofrenjach. Za przyczynę obniżenia przemiany podstawowej w stanach depresji uważa S. Fischer dys.-wzglę-

dnie hypofunkcję przedniego płatu przysadki, inni zaś odnoszą je do napięcia układu nerwowego wegetatywnego.

Prace dotychczasowe (zebrane przez Wutha) wskazują na stosunki między życiem afektywnem a systemem wegetatywno-endokrynnym, przyczem w szczególności także przyczyny endogenno-konstytucjonalne są o prawdopodobnie decydującem znaczeniu. Że endokrynne procesy i zaburzenia stoją w związku przyczynowym z psychozą manjakalno-depresyjną i pewną dyspozycję wytwarzają, do której dołączają się egzogenne momenty — ten pogląd reprezentował Stransky najbardziej, mówiąc o procesie samozatrucia, o oszołomieniu („Rausch“) toksynowym organizmu przez anormalnie zmienioną przemianę materji przy endokrynnych zaburzeniach.

Co do funkcji przysadki, to pewne wyjaśnienie przynoszą ostatnie próby Abély'ego, Passek'a i Couléon'a w kierunku rozszerzenia reakcji Zondeka. Autorzy wymienieni stwierdzili, że niemal we wszystkich przypadkach, bo 23 na 24 badanych, w których mocz pochodził z okresu manjakalnego, reakcja była silnie dodatnią (u samców). We wniosku przyjmują oni hyperfunkcję płatu przedniego przysadki w stadjum manjakalnem. Byłoby to analogją do przyjmowanej przez S. Fischera hypofunkcji przedniego płatu przysadki — w stanach depresji.

Co do roli tarczycy w psychozie manjakalno-depresyjnej, to pewne światło rzucają badania Hoffa i Stransky'ego nad zachowaniem się wydzielania jodu na drodze moczowej. Stwierdzili oni, że jod (podany dożylnie) w melancholicznej fazie wydzielany jest wolniej i w mniejszej ilości, natomiast w manjakalnej fazie w większej ilości, względnie szybciej jest wydzielany niż u nieumysłowo chorych. Wydzielanie jodu było niezależne od psychomotorycznego zachowania się, a zależne od nastroju. Ponieważ, jak wiadomo, tarczyca zawiaduje gospodarką jodową ustroju, na podstawie wyników badań możnaby myśleć o upośledzonem działaniu tarczycy w stanach depresyjnych, względnie o wzmożonem jej działaniu w stanach manjakalnych.

Co się tyczy poszczególnych składników krwi, to E. Klemperer wraz z M. Weissmannem w badaniach nad wysiłkiem fizycznym chorych manjakalnych znaleźli niską zawartość tlenu, a wysoką zawartość kwasu węglowego żylnej krwi (zapomocą spektroskopu). Przy stanach lękowych istniala wysoka zawartość tlenu, a niska zawartość kwasu węglowego krwi, zatem wzmożona

szybkość przepływu krwi, prawdopodobnie też acidoza. Także w płynie mózg.-rdzeń. ma występować acidoza w przebiegu psychozy manj.-depres. wskutek zmniejszenia się rezerwy zasadowej (wartości CO^2 w płynie.)

Badania D. Rotschilda i W. Malamuda (w 83 przypadkach psychozy cyrkularnej) nad przepuszczalnością barjery krwio-płynowej zapomocą metody bromowej Waltera wykazały w 35 proc. wzmożoną przepuszczalność barjery oponowej i to szczególnie w przypadkach z niepokojem ruchowym. Autorzy są zdania, że niskie wartości współczynnika przepuszczalności są ważne w rozpoznaniu różniczkowem i przemawiają za cyrkularnemi schorzeniami, a przeciwko schizofrenicznym; wysokie wartości odwrotnie.

Laignel-Lavastine, u nas H. Jankowska, śledzili zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej w stanach manjakalnych i depresyjnych. Stwierdzono, że mocz w depresji melancholicznej ma tendencję do oddziaływania zasadowego, natomiast mocz w podnieceniu manjakalnem ma normalną kwasotę. Osobnicy normalni oddziaływują dyskretną i przemijającą alkalozą na smutne wzruszenia. W takich przypadkach, w których lęk i niepokój obraz opanowały, znalazła Jankowska wzmożenie wskaźnika wodorowego (P^H) moczu.

O retencji wody w ustroju mówią we wnioskach ze swoich badań Mendicini i Scala. Dokonywali badania moczu (u 8 melancholicznych), zwracając głównie uwagę na oznaczenie nieorganicznych składników. Według zdania autorów istnieje skłonność do retencji Cl, jakoteż hyposekrecja kwasu fosforowego i siarkowego. Dlatego przyjmują wyższą koncentrację jonów wodoru w tkankach, która podlega rytmicznym wahaniom. Tej odpowiada retencja NaCl, i równolegle z nią idąca retencja wody. Fosforany są eliminowane już to jako połączenia alkalij lub alkalij ziemnych. Istnieje zaburzenie przemiany mineralnej w sensie nagromadzenia kwasów. Te warjacje idą równolegle do usposobienia tak, że krzywa wydzielania chloru może być uważana za wskaźnik afektywnego zachowania się chorego. Przesunięcie koncentracji jonów wodorowych uszkadza koloidalny stan tkanki, zaczem następuje cenestezja i wskutek tego zmiana nastroju.

W poszukiwaniu zmian koncetracji jonów badała E. Klemperer hemoglykozę, to zn. zdolność fermentacyjną krwi rozkładania cukru in vitro.

Przytem najsilniejsze przyspieszenie hemoglykolizy okazało się w stanach depresyjnych z afektem lęku i ciężkim niepokojem ruchowym, mniej silne w stanach manjakalnych; natomiast przy stanach depresyjnych z motorycznem zachowaniem — było najpierw lekkie przyspieszenie z następującem całkowitem zahamowaniem, albo też od początku istniejące zahamowanie hemoglykolizy.

Dość jednoznaczne wyniki przyniosły badania nad wahaniem się równowagi elektrolitów we krwi (E. Klemperer, Tômasson Helgi).

Jak Howell i Zondek przyjmują, działanie układu nerwowego nerwu błędnego (parasympatycznego) stoi blisko działania K. lub Na. podczas gdy działanie układu n. współczulnego stoi w związku z zawartością Ca we krwi. U manjakalnych chorych pokazała się w systemie Ca-K wzmożona przewaga Ca., podczas gdy u depresyjnych znowu K. wykazało wzmożoną przewagę nad Ca.

Według E. Klemperer: 1) proste formy melancholji, bez afektu lęku, dawały obniżenie zwierciadła Ca przy normalnem zwierciedle K. 2) postać lękowa z niepokojem — niejednolite wartości K., normalne aż do supernormalnych wartości Ca. 3) postać stuporowa: b. niskie wartości Ca, b. wysokie wartości K. Trzeba jednak zaznaczyć, że już normalna ilość Ca waha się w surowicy zależnie od wieku (z wiekiem maleje), konstytucji. pożywienia, perjodu, ciąży podczas gdy K. nie ulega tak silnym wahaniom. Ponieważ Ca, dostając się do tkanek, wzmaga napięcie nerwu współczulnego, K zaś układu parasympatycznego, już z samego tego faktu możnaby próbować wyciągnąć wnioski, co do przewagi układu sympatycznego w stanach manjakalnych, układu zaś parasympatycznego w stanach depresyjnych. Sprawa ta mogłaby wyglądać istotnie tak prosto w początkach nauki Eppingera i Hessa o wzajemnym antagoniźmie układu nerwowcgo współczulnego i parasympatycznego. Obecnie jednak wiadomo, że pojęcie przeważającego napięcia czy to nerwu błędnego, czy współczulnego nie odpowiada rzeczywistości, gdyż najczęściej występuje połączenie różnych stanów napięcia obu części układu wegetatywnego, w zależności od narządów albo też w tych samych narządach występują po sobie różne, wprost odmienne stany napięcia. Pojęcie zatem dystonji wegetatywnej wyraża, że stan napięcia obu układów wegetatywnych może być zmieniony, zależnie od narządu i od chwili badania, że stany spastyczne i atoniczne, a więc wprost

sobie przeciwne, mogą się ze sobą łączyć i po sobie następować. Dlatego też z dużemi zastrzeżeniami należy się odnieść do badań Guillauma, który w psychozie manj. depres. stwierdza zarówno hyperwagotonję jako też i hypersympatikotonję, t. zn. stan neurotonji. Ponieważ jednak w mnogiej liczbie przypadków objawy współczulnych zaburzeń występują niezależnie od jakiegokolwiek zewnętrznego zadziałania (tachykardja, rozszerzone źrenice) i te objawy w porównaniu z parasympatycznemi zaburzeniami są o wiele stalsze, musimy mówić o stanie sympatiko-neurotonji. Zaburzenia ze strony układu współczulnego były ilościowo więcej w stanie manjakalnym uwydatnione, co także przez próbę adrenalinową zostało potwierdzone. Jeszcze bardziej krańcowe stanowisko zajmuje Büchler, utrzymując, że nerw błędny chorego na psychozę afektywną jest niewrażliwy i że psychotyk afektywny jest sympatikotonikiem. Przyjmując takie przesunięcie układu nerwowego wegetatywnego w sensie sympatikotonji u chorych manjakalno-depresyjnych oraz biorąc pod uwagę twierdzenie Cannon'a o wydzielaniu adrenaliny przy silnie emocjonalnych reakcjach, dochodzi Bogen nawet do konkluzji, że krążenie adrenaliny we krwi peryferycznej u cyclofreników istnieje (pomimo jej szybkiej rozpadalności).

Menninger von Lerchenthal zaobserwował przy melancholji stopniowy spadek ciepłoty w miarę psychicznego zdrowienia. Przyczynę spadku ciepłoty upatruje w zapanowywaniu układu parasympatycznego — w miarę ustępowania melancholji.

Więcej odpowiadające obecnym naszym pojęciom o dystonji wegetatywnej są badania Tômassona, Helgi (nad 200 umysłowo chorymi), które stwierdzają, że w tym samym czasie, u tego samego chorego, nerw współczulny miał przewagę na jednym, nerw przywspółczulny (parasympatyczny) na drugim obszarze. Przy wybitnej manji (badano 15 manj.-depres. zapomocą metody atropinowej Danielopolu i Carniela) było obniżone działanie hamujące gałązek sercowych nerwu błędnego, ale też było obniżone i tętno „sympatyczne", jako wyraz ogólnie obniżonej pobudliwości zakończeń nerwowych serca. Fakt, że pobudliwość nerwu błędnego serca i nerwu współczulnego serca temwięcej jest obniżona, im wyższe znaleziono wartości Ca i ilorazu Ca/Na, zgadza się ze znaną nauką Loeba, że iloraz Ca/Na warunkuje ogólną nerwowo-mięśniową pobudliwość. — Tômassonowi udało się dowieść, że eksperymentalna pareza nerwu błędnego idzie w parze ze wzmożeniem ilorazu Ca/Na we krwi, analogicznie do stosunków, znale-

zionych w psychozie manjakalno-depres.

W odosobnieniu stoi K. Leonhardt, który traktując chorych manjakalnych atropiną, a depresyjnych ergotaminą, usiłuje przeprowadzić twierdzenie, wbrew zapatrywaniom innych autorów, że raczej istnieje przewaga nerwu współczulnego w melancholji, a przewaga układu parasympatycznego w manji. Częściowo zbliżone stanowisko zajmowali jedynie Santenoise, Claude i Targowla, którzy mówili o silnej nadpobudliwości układu przywspółczulnego podczas manjakalnych i lękowych depresyjnych faz.

Przy rozważaniu rezultatów badań, powyżej zestawionych, których wyniki — jak widzimy — dotychczas są dość nikłe i mało jednolite, nasuwają się pewne hipotezy co do stosunku zaburzeń przemiany materji do zaburzeń psychotycznych Biorąc pod uwagę zależność układu nerwowego wegetatywnego od systemów wydzielenia wewnętrznego i wpływ tychże na przemianę materji w ustroju, możnaby przyjąć, że zaburzenia przemiany materji są przyczyną zmian psychicznych, oddziaływując bezpośrednio na układ nerwowy ośrodkowy. Claude, Santenoise i Tinel uważają kryzy w psychozie manj. - depresyjnej za zwiastuny humoralnego zaburzenia, za prawdziwe samozatrucie z toksycznem usadowieniem się w ośrodkach nerwowych. Jest i pogląd krańcowo przeciwny, że zaburzenia przemiany materji są rezultatem patologicznej czynności ośrodkowego układu nerwowego, coraz więcej jednak znajduje zwolenników pogląd trzeci, iż zaburzenia somatyczne nie są ani rezultatem, ani przyczyną zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego, ale istnieją równorzędnie, będąc wyrazem ogólnego zaburzenia ustrojowego. Głoszą tę hipotezę przedewszystkiem Mendicini i Scala, utrzymując, że melancholja nie jest chorobą centralnego systemu nerwowego, tylko ogólnem zaburzeniem organizmu, które przez mózg jedynie w pewnej mierze jest rejestrowane. Również Badonnel nie chce uważać organicznych zaburzeń ustroju za przyczynę stanów patologicznych psychy, głosząc, że jedne i drugie są wyrazem i następstwem organo-psychicznej choroby jako wspólnej przyczyny. Według Targowli i Lamache'a melancholja — to wyraz istotnie organicznego schorzenia.

Piśmiennictwo.

1) Abély, Passek et Couleon: Ann. méd-psychol. 90. I. 1932 r.
2) Bogen D: cyt. Zentr. f. d. g. N. Psych. 53. str. 414
3) Büchler P: cyt. Ztrbl. N. a. P. 54. str. 385.

4) Fischer S: Arch. f. Psych. 86. 1929
5) Futer u. Weilend: Z. f. d. N. u. Psych. B. 133
6) Gallus Jan: Serelogja a choroby psychiczne. Now. Psychjatr. kw. III i IV — 1932 r. Patrz zebrane tam piśmiennictwo!
7) Gerendasi G: Zeitch f. d. g. N. u. Psych. 142 - 1932 r.
8) Goebel Fr. Medyc. Dośw. i Społ. I. Z. 1-2 1924 r.
9) Henry G: cyt Ztrbl. N. u Psych. B. 62 str. 214
10) Hoff H. u. E. Stransky: Wien. Klin. Wochenschr. Jg. 40. nr. 8 — r. 1927
11) Jankowska Halina: Z. Neur. 141 - 1932
12) Jacobi J. u. H. E. Büttner: Arch. f. Psych. B. 99 - 1933
13) Klemperer E.: Jahrb. f. Psych. u. Neur. B. 44 - 1925
14) Klemperer E.: Jark. f. Psych u. Neur. B. 45 - 1926
15) Klemperer E. u M. Weissmann: cyt. Ztrbl. N. N. u. Psych. 54 str. 386.
16) Klemperer E. u. M. Weissmann: Z. f. d. g. Neur. u Psych B. 131
17) Laignel - Lavastine: Paris Méd. Nr. 43 - 1931
18) Leonhardt K.: Arch. f. Psych. B. 97 - 1932
19) Leckwood M. R: cyt. Zbl. N. u. Psych. 66 str. 643
20) Makower H: Warsz. Cz. Lek. nr. 6 i 7 r. 1932
21) Marthinsen R.: Act. psych. et neur. Vol. VII - 1932
22) Massautch: J. d. Neur. 32 - 1932
23) Mendicini A. e. A. Scala: cyt. Zbl. N. u. Psych. 37 str. 473
24) Meninger v. Lerchenthal E.: Neur. 1925 - 1930
25) Meyer Fr.: Monatsch. f. Psych. u. Neur. Bd. 75 - 1930
26) Mira E: cyt Zbl. N. u. Psych. 61 str. 641
27) Prussak i Prussakowa: Warsz. Cz. Lek. Br. 3 i 4 1927
28) Raphael, Ferguson a. Scarle: cyt. Zbl. N. u. Psych. 50 str. 105
29) Reiter P.: cyt. Zbl. f. g. N. u. Psych. 41, str. 848
30) Rothschild D. a. W. Malamud: cyt. Zbl. f. g. N. u. Psych. B. 63 str. 517
31) Sagel W.: Z. f. g. Neur. u. Psych. B. 125
32) Savy et Delore: Journ. de Méd. de Lyon Nr. 300 - 1933
33) Schrijver: Z. f. g. N. u. Psych. B. 118
34) Sondén T.: cyt. Zbl. N. u. Psych. 49, str. 85
35) Szewelew N.: cyt. Ztrbl. N. u Psych. 55, str. 406
36) Szpilman. - Neudingowa: Warsz. Cz. Lek. Nr. 9, r. 1932
37) Teenstra P. E. M.: cyt. Zbl. N. u. Psych. 54 str. 387
38) Teenstra P. E. M.: cyt. Zbl. N. u. Psych. 55 str, 620

39) Tômasson Helgi: cyt. Ztrbl. N. u. Psych. 50 str. 835
40) Wagnerová - Hatriková, Helena: cyt. Ztrbl. N. u. Psych. 63, str. 96
41) Zamecki St.: Now. Psychj. r. I. n. g. 1924.

État actuel des recherches sur le métabolisme dans la psychose maniaque - dépressive.

Par le Dr. ADAM LESZYCKI.

Résumé.

L'auteur décrit l'état actuel des recherches relatives aux maladies du foie, en particulier d'hyperglycémie spontanée et nutritive, de glycosurie nutritive, d'hyperbilirubinémie, d'hypercholesterinémie, d'indicanurie dans les états dépressifs.

La prédominance de Ca. dans le système Ca. - K. dans les états maniaques indique l'augmentation du tonus du système sympathique; la prédominance de K. sur le Ca. dans les états dépressifs indique la fonction augmentée du système parasympathique.

En discutant les résultats de ses considérations, l'auteur incline vers la théorie qui proclame que les troubles somatiques de la psychose maniaque - dépressive ne sont ni le résultat ni la cause des maladies du système nerveux central, mais qu'ils sont coordonnés comme symptômes de la maladie constitutionelle générale.

Dr. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Zagadnienie demonologji u Żydów.

(Wedle odczytu wygłoszonego na II Krajowym Zjeździe Lekarskim „TOZU" w Warszawie dnia 5. marca 1933 r.)

Nie negując znaczenia badań anatomicznych i chemicznych, uważałbym za błąd zasadniczy, ignorować wartość zjawisk psychicznych dla istotnego zrozumienia chorób psychicznych. Koniecznem jest przeniknięcie indywidualności ludzkiej, oraz wpływów zewnętrznych (tradycja, środowisko, wychowanie i t. p.), pod któremi indywidualnośćć się kształtowała. Mając to na względzie, przekonywamy się, że nie możemy ominąć milczeniem między innemi zagad-

nienia demonologji, t. j. wiary w nieczyste, złe siły, w djabły, widma, dybuki i t. p.

W rozmaitych okresach historycznych zaznaczyły się u różnych narodów przejawy obłędu duchowego na podłożu religijnem, które nieraz miały charakter epidemiczny. Takie epidemje grasowały szczególnie w środkowej Europie w wiekach XV i XVI; wówczas kościół nie traktował „opętanych" jako osoby psychicznie chore, lecz uważał ich za krańcowych grzeszników, utrzymujących styczność z czarownikami i nieczystemi siłami, skazywał ich bezlitośnie na śmierć przez palenie na stosie.

O ile chodzi o historję kościoła katolickiego, to problem demonologji został zbadany przez francuskiego psychjatrę Reniara w dziele wydanym w roku 1889. Wśród prawosławnych zajął się demonologją rosyjski psychjatra Kraiński w pracy wydanej w r. 1900 pod nazwą „Klikuszestwo". Za przykładem wymienionych autorów zajmę się i ja problemem demonologji, u Żydów.

Uczeni psychjatrzy oświetlili z punktu widzenia naukowego istotę straszliwych form fanatyzmu, zabobonnej wiary w wiedźmy, djabły i złe duchy, które rzekomo sprowadzają na świat nieszczęścia, katastrofy, choroby i t. p. Zabobony te mają swe źródło w lęku przed niewiadomem. Pierwotny człowiek obawiał się takich zjawisk, których rozumem nie mógł ogarnąć, i nadawał im fantastyczne znaczenie, podobnie, jak w naszych czasach lokomotywa, lub samochód są straszydłem dla zwierząt. Tą drogą powstały u starodawnych ludów demonologiczne pojęcia. Pomimo to, że taki światopogląd jest prawie obcy obecnym czasom, ma jednak znaczenie w dziedzinie psychologji rasowej, jako pomnik ducha ludowego, jako galerja obrazów fantastycznych w najskrytszych szparach i zakątkach duszy.

Wszechpotężny stwórca udostępnił duszy poznanie zewnętrznego świata zapomocą 5-ciu zmysłów, tj.: wzroku, słuchu, dotyku, powonienia i smaku. Dzięki tym technicznie cudownie skonstruowanym narządom oddźwierciedla się w naszym mózgu i w duszy świat realny podobnie jak w lustrze przedmioty. Pozatem jednak na treść duszy składają się również obrazy odmiennego pochodzenia powstałe n. p. drogą wspomnień, snów i fantazji. Do tworów fantazji należą pojęcia o złym i dobrym duchu, tak wybitnie rozwinięte u dawnych Persów, wyrażone w poglądach o Ormuzdzie i Arymanie — postaciach, personifikujących dobro i zło. W epoce niewoli babilońskiej Żydzi wchłonęli te wierzenia i z tego wzglę-

du znajdujemy poraz pierwszy w Biblji wyraz szatan w księdze proroka Zacharjasza, pochodzącej z czasów niewoli babilońskiej. Początkowo wyobrażenie szatana i zła u Żydów nie stanowiło takiego kontrastru ze świętością, jak u ludów chrześcijańskich. Szatan był jednym ze sług Bożych (Hjoba 2): dopiero w późniejszych okresach zostaje w Talmudzie scharakteryzowany jako zły duch, podobnie, jak u chrześcijan. Także według wyobrażeń ludowych dawnych pokoleń żydowskich szatan grał rolę zwodziciela, złego ducha. Przytaczam dla przykładu opowieść o królu Dawidzie, który zboczył z cnotliwej drogi. Szatan, przybrawszy postać gołębia, krążył koło Bas-Szewy. Król Dawid strzelił do ptaka, a strwożona Bas-Szewa odwróciła się, król zauważył jej zneglizowane piękne ciało i zgrzeszył.

Liczne objawienia się szatana różnie określane są w Talmudzie. Duchy mają właściwości ludzi i aniołów, posiadają np. skrzydła, fruwają, wiedzą o różnych zdarzeniach, jedzą i piją, choć pokarm ich pochodzi z ognia i wody, rozmnażają się i umierają podobnie, jak ludzie. Duchy w Talmudzie noszą różne nazwy w zależności od miejsca zamieszkania; a zamieszkują one ogrody, dachy lub rośliny, Są też duchy płci żeńskiej, t. zw. lilith, pochodzące od polucji. Wzmiankowane są demony, personifikujące rozmaite choroby. Ciekawe jest opisanie objawów wścieklizny, która rzekomo powstaje z tego powodu, że bawiła się czarownica z psem. Żydzi przypominają i inne narody tem, że analogicznie do nich interpretowali katastrofy i nieszczęścia jako czyny złych duchów; świadczą o tem nazwy sił nieczystych: niszczyciele, djabły, szkodnicy i t. d Najrozmaitsze duchy są zorganizowane w poszczególne gromady, pod ogólną władzą Asmedaja (Lucyfer). Małżonką Lucyfera jest bezwstydna Lilith, która sieje chucie w sercach i swemi ruchami naprowadza najlepszych, najmoralnieszych i najwierniejszych Żydów na sprośne myśli.

Malując właściwości duchów, musimy dodać, że według wyobrażeń dawnych Hebrajczyków duchy mogą być widzialne i niewidzialne. W związku z tem nadzwyczaj interesującym jest fakt, że niektóre formy halucynacji tłumaczyli w owych czasach jako czyny wykonane przez duchy w postaci ludzkiej. Przytaczamy dla przykładu następującą cytatę z Talmudu: „Usłyszano ze szczytu wzgórza głos wołający, że A . . . . . syn B . . . . . ., który znikł, nie żyje; nie zauważono jednak człowieka, który tę wiadomość podał. Na to rzekł Rabi, syn Samuela: „To był duch“, bo owe duchy

mogą się przeistaczać w postać ludzką". Ale duchy mogą nietylko przybrać kształ twarzy zwyczajnego człowieka, lecz i inne postacie; np. duchy, przebywające w ustępach, mają czarny wygląd. O ilości duchów Talmud wypowiada rozmaite przypuszczenia. Duchy mieszkają w pustynnych odludnych miejscowościach, w ruinach: dlatego też miejsc takich, wedle Talmudu należy unikać. W towarzystwie, niebezpieczeństwo ze strony duchów jest mniejsze i wobec tego nie trzeba samotnie nocować w mieszkaniu.

W koncepcji sił nieczystych naczelne miejsce w kościele katolickim zajmowało wyobrażenie o duchach, jako takich. W kościele prawosławnym, przeciwnie, pojęcie o czarach grało rolę dominującą. Czarodzieje i czarownice są to tajni agenci, za pośrednictwem których zostają wywołane siły nieczyste. Warto zaznaczyć, że czary były już znane w starożytnych okresach dziejów żydowskich, były one jednak obce duchowi żydowskiemu. Już Bilam chwalił Żydów: „Niema czarów u Jakóba i czarowania w Izraelu". Talmud podaje, że czary pochodzą z Egiptu. Dopiero w daleko późniejszych okresach dziejowych Żydów wpłótł się do demonologji żydowskiej pod wpływem kabały element, obcy innym narodom, jest to pojęcie o „gilguł" (wędrówka dusz).

Dusza, która po śmierci człowieka zostaje uwolniona i uniezależwiona od ciała, może wstąpić w żyjącego, lub też dostać się do zwierzęcia, a nawet wejść w drzewo lub kamień. W ten sposób dusza złego lub prawego człowieka może zejść na ziemię i wnikając w człowieka, połączyć się z jego duszą. Zapomocą tej mistycznej teorji kabaliści usiłowali wyjaśnić kwestję rozproszenia Żydów wśród wszystkich narodów. W ten bowiem sposób grzeszne ludy świata mogą oczyścić się dzięki zmieszaniu ich grzesznych dusz z oczyszczonemi duszami bogobojnych Żydów.

Ta fantastyczna nauka o „Gilgułach" (wędrówka dusz) osiągnęła swój punkt kulminacyjny w XVII wieku w dziełach znakomitych kabalistów Icchaka Lurie i Chaima Vitala. W ich czasach wyobrażenie o „dybuku" (psychoza opętania przez wędrujące duchy) przyjęło charakter epidemji psychicznej. „Dybuk" jest u żydów pojęciem tułającej się duszy, która przedostała się do obcego żyjącego ciała. Wstrząsające objawy nerwowo-psychicznie, które przytem uwydatniają się, wywołują ogromne wrażenie u zwykłego śmiertelnika; wobec tego ciemne masy upatrują w tem wpływ sił nieczystych, nazywając słusznie objawy takie opętaniem. O tej

swoistej psychozie opętania u żydów, aktualnej i po dziś dzień, pisałem w Warszawsk. Czasopiśmie Lekarskim (1929 r. N. 51).

Nowoczesna medecyna dysponuje szeregiem metod, pozwalających wpłynąć na psychikę histeryków celem wyparcia z chorej duszy emocjonalnie zabarwionych urojeń leżących u podstawy psychogennych zaburzeń nerwowych. Lecz w starożytnych czasach istniał w związku z poglądami demonologicznemi u Żydów problem zaklęcia celem uwolnienia grzesznego śmiertelnika od widma. Człowiek pierwotny przedstawiał sobie, że w przyrodzie materja i duch są zupełnie odrębne, że ciało i dusza stanowią bezwzględnie odseperowane, niezależne substancje. Otóż wychodząc z założenia, że w życiu ludzkiem rozmaite zjawiska są dziełem duchów, djabłów i t. p, człowiek doszedł do przekonania, że zapomocą licznych środków można wywrzeć wpływ na duchy i siły nieczyste, by osłabić ich działalność lub je wogóle znieść, ponadto w swej naiwności wierzył, że istnieją pośrednicy między obu światami, ziemskim i nadziemskim, mianowicie: czarodzieje, szatani, fakirzy, kapłani, prorocy, cadycy i t. d., którzy przez stosowanie różnych środków dekoracyjnych robili wrażenie cudotwórców. U żydów, jak u innych narodów stosowano wszelkiego rodzaju zaklęcia przy leczeniu chorych. Narodowo - żydowskiemi formami takiego zaklęcia były talismany z dokładnemi wskazaniami, przed którym djabłem mają chronić. Talisman składa się z pączka rośliny lub kawałku pergaminu; tekst stanowiły pewne przypowieści z „Proroków". Jeśli talisman 3 razy okazał się skutecznym przy leczeniu choroby, wówczas nazywano go „talismanem wyborowym", a jego autora nazwano w Talmudzie mistrzem. Drugim procederem magicznym przy leczeniu chorych są zabiegi „Seguły". Za przykład niech posłuży tu to, co się robi przy migrenie. Zarzyna się dziką kurę; krew jej powinna ciec na schorzałe miejsce, przy zakrytych oczach pacjenta. Kurę wywiesza się na zawiasach drzwi i przy wyjściu przez drzwi ociera się o nią głowę..

Trzecim rodzajem środków z tej kategorji są zamawiania. Talmud przytacza dokładnie teksty zamawiań, przypowieści przeciwko różnym chorobom, jak n. p. przeciwko wrzodowi, febrze, lub kości uwięźniętej w gardle. Według wyobrażeń naiwnego Żyda, bogobojni mężowie-cadycy mogą pośredniczyć między obu światami — ziemią a niebem; wierzono, że osoby te potrafią usunąć chorobę zapomocą emanacji swego ducha, dotykając chorego ręką;

widzimy to np. w „Prorokach“ u proroka Eliszy. Te mistyczne ujęcia i zapatrywania na tajemniczy porządek świata, drogi i zasady stworzenia, znalazły w nowych czasach oddźwięk w nauce o spirytyźmie i o medjach. Prawdziwe żydowskie medjum malował poetycznie znany literat Anski w boskiej postaci cadyka Reb Azriełke, Mariampoler w osławionym dramacie „Dybuk“. Ów cadyk posługuje się efektami żydowskiemi. Są to: biała koszula, czarna świeca, trąbka, arka przymierza.......... Zaklina się w imię Pana Miasta, Świętej Gminy Żydowskiej, Wielkiego Sanhedryma, Jerozolimy, całego narodu Izraelskiego, Świętej Tory i Wszechopotężnego Boga. Ceremonja może osłabić szkodliwe działanie djabłów, t. zn. wyprzeć z psychiki chorego zakorzenione w jego duszy wyobrażenia o dybukach.

Jak widzimy opętanie przez djabłów, czary, wędrówka dusz i magiczne sprzysiężenia są czterema głównemi momentami demonologji u Żydów, stanowiąc ważny dział w psychologji rasowej Żydów.

Dr. A. WIRSZUBSKI - (Wilno.)

La démonologie chez les Juifs.

Par le terme de démonologie, nous comprenons la croyance dans les forces, impures et mauvaises, dans les diables, fantômes, etc.

Ce problème a été, dans ses rapports avec l'église catholique, traité par le psychiâtre Reniar. Les superstitions de ce genre, répandues chez les orthodoxes, furent décrites par le psychiâtre russe Krainskij. Tout cela a déterminé l'auteur de l'article à traiter de la démonologie aussi chez les Juifs.

L'histoire israélite mentionne les premières manifestations de ces superstitions au cours de la Captivité de Babylone, ces croyances ayant été fortement répandues chez les anciens Perses. A l'origine les représentations de satan chez les Juifs sont différentes de ce qu'elles seront chez les peuples chrétiens. Les démons ont dans le Talmud des noms divers et y revêtent divers aspects. La seconde étape est marquée dans la démonologie par l'intervention des charmes, qui furent connus déjà aux temps bibliques. Beaucoup plus tard s'introduisit dans la démonologie juive la croyance aux âmes errantes (Gilguł) élément démonologique.

existant chez d'autres peuples. Enfin, l'auteur décrit la pratique des serments et exorcismes magiques, sous leur aspect nationalement israélite.

Psychoanaliza gry szachowej.

Napisał Dr. SALOMON DAWIDSON (Puławy).

Gra w szachy zajmuje ludzkość od niepamiętnych czasów; początek powstania gubi się w obłokach historycznej dali. Gra w szachy zawsze była uważana ogólnie za grę najdowcipniejszą, najrozumniejszą i najdoskonalszą ze wszystkich gier kombinacyjnych, dzięki czemu była zawsze i jeszcze wciąż jest bardzo poważnie traktowana. Szachy są nietylko grą najprzyjemniejszą i najdoskonalszą pod względem intelektualnym, również najmoralniejszą pod względem etycznym. Wtedy, gdy wszystkie inne gry mają na celu wygrane w pojęciu czysto materjalnem, szachy wabią jedynie i wyłącznie umysł. Walka szachowa nie polega na nagrodach i honorach. Jest to gra filozofów w pełnem znaczeniu tego słowa — powiedział kiedyś genialny Morphy, który szczerze wierzył, że jeżeli deska szachowa zwycięży stół karciany, to będzie to wielkiem szczęściem dla moralności społeczeństwa ludzkiego. Starano się ciągle wniknąć w istotną treść szachów, oświetlić tę grę z punktu widzenia filozoficznego, ale to się nikomu nie udawało. Niektórzy naukowcy, jak np. matematycy, starali się naukowo uzasadnić grę szachową: Euler zajmował się problemem ruchu konia (chodziło mu o to, by obejść koniem całą deskę szachową), Gauss zajmował się problematem ustawienia 8-iu dam na szachownicy tak, by jedna drugiej bić nie mogła, słynny matematyk Bugajew zajmował się problematem ruchu wieży.

Do żadnej z istniejących gier nie podchodziło się z tak wielką powagą i to z czysto-naukowego punktu widzenia, jak do szachów. Czemu? Szachy są nawet traktowane przez wielu nie jako gra, lecz jako sztuka. Za dużo w grze szachowej poważnych momentów, by ją „grą" nazwać, ale zarazem i zadużo w szachach gry, by je jako wyłącznie poważną sprawę traktować. Myśl tę wypowiedział kiedyś słynny filozof Leibnitz, a powtarzał ją często wielki Napoleon, który bardzo lubił grę szachową. Egzystuje ogromna literatura o szachach, a jednakże nikt z badaczy szachów

nie mógł wniknąć w rzeczywistą psychologję ich i wyjaśnić, dlaczego tak ludzi przyciągają. Dopatruje się przyczyny poważnego zajmowania się ludzi szachami w chęci każdego człowieka do wypróbowania swoich sił w walce (instinct combatif) i niepokonanej chęci być zwycięzcą chociażby na desce szachowej, tytułem rekompensaty za niemożliwość otrzymania zwycięstwa w życiu codziennem, gdzie musimy się koniecznie poddawać rytmowi naszego czasu i przeróżnym trudnościom życiowym. Inni myśliciele doszukiwali się innych przyczyn zaciekawienia się ludzi szachami. Żadne jednakże wyjaśnienie nie poruszało podkładu psychologicznego szachów, dzięki któremu szachy tak mocno opanowują całe jestestwo gracza. Wszystkie poszukiwania kończyły się fiaskiem, a to dlatego, że szukano istotnej treści szachów w świadomości człowieka, a tymczasem podkład istotny, psychologiczny szachów, leży poza kategorjami rozsądku i świadomości.

Właściwe światło na problemat gry szachowej rzuca psychoanaliza, która będąc nauką o podświadomości psychiki ludzkiej, zapuszcza się głęboko w tę mrocznię, jaką jest psychika ludzka, i oświetlając najciemniejsze jej zakamarki, ukazuje niespodziewane, ale istotne przejawy duszy ludzkiej. Odmiennem zupełnie jest traktowanie szachów przez psychoanalityków: szukali oni źródła poważnego zajmowania się szachami w podświadomości ludzkiej, gdzie właśnie istotną przyczynę znaleźli. Postaram się wyjaśnić istotę gry szachowej w świetle psychoanalizy, która już wiele problematów myśli (kultury) ludzkiej wyjaśniła, posługując się obszerną dziedziną podświadomego.

Nim przystąpimy do właściwego tematu — wyjaśnienia istoty gry szachowej w świetle psychoanalizy, postaramy się przypomnieć sobie niektóre dane z teorji psychoanalitycznej, niezbędne dla zrozumienia właściwego tematu psychologicznego tła gry szachowej.

Twórca psychoanalizy Zygmunt Freud dzieli psychikę ludzką na trzy instancje: 1) nieświadomość, 2) podświadomość i 3) świadomość i dowodzi, że świadomość ludzka jest zaledwie jednym jasnym punktem w ogromnem ciemnem polu naszej psychiki. Psychoanaliza, której treść jest nieświadomość ludzka, stwierdziła, że właśnie nieświadomość kieruje naszem całem życiem, postępowaniem, myśleniem, aczkolwiek sobie absolutnie z tego sprawy nie zdajemy. Nieświadomość jest w zrozumieniu zwolenników psychoanalizy źródłem potężnych i różnorodnych działań instynktow-

nych, których przebieg wyznacza w wielu punktach funkcję świadomości.

Rzutami nieświadomości na powierzchnię naszej jaźni są: 1) automatyzmy t. j. czynności, wykonane bez udziału naszej woli jak np. przemówienia, zarzucenia różnych przedmiotów, omyłki w słowie i piśmie, zagubienia, wszelkie czynności omyłkowe, lapsusy, 2) marzenia senne, które są bezwzględnie zjawiskiem psychicznem, w których świadomość nie bierze udziału i wreszcie 3) nerwice, których objawy są wykonane bez udziału naszej świadomości. Freud, jak wiadomo, uzasadnił tak zwany determinizm psychiczny, według którego niema niczego przypadkowego w psychice ludzkiej: wszystko ma swoją uwarunkowaną przyczynę. Wszystkie czynności wykonane bez udziału naszej świadomości, nieświadomie, jak to w życiu codziennem powiadamy, mają swoją przyczynę w nieświadomości. Ponadto zwrócił uwagę na to, że nic nie zaciera się w psychice ludzkiej, lecz wszystko pozostaje w nas, żadne wydarzenie począwszy od urodzenia się nie ginie, lecz ciąży nad całem życiem osobistości. Życiem człowieka kierują według Freuda dwie zasady: 1) zasada rozkoszy i 2) zasada rzeczywistości. Obie te zasady są ciągle w walce ze sobą, wszak rzeczywistość (kultura) nie pozwala na urzeczywistnienie się wszystkich zachcianek człowieka; w krzyżowym ogniu walki tych dwóch zasad kształtuje się psychika ludzka. Człowiek musi bardzo często tłumić w sobie swe żądania, które są w kolizji z przyjętym kodeksem socjalnym i prawnym, oraz z chwilową sytuacją życiową. Konieczność tłumienia swoich żądań wywołuje uraz psychiczny jak i wszelki tłumiony afekt, który według Freuda przedstawia sobą pewną ilość energji niezniszczalnej (prawo fizyczne). Jeżeli energja, wywołana urazem psychicznym czyli afektem (tłumieniem), nie może być wyładowana, w wypadku np. koniecznego tłumienia, to ona nie ginie, lecz tkwi w psychice człowieka i powiększa jego napięcie intrapsychiczne, szukając wiecznie ujścia. Stąd nagłe wybuchy gniewu u t. zw. nerwowych t. j. ludzi z silnem tłumieniem, wybuchy płaczu u histeryczek, nagle występujące ekstrawagancje, niezrozumiałe dla otoczenia. Człowiek zdolny jest znieść napięcie psychiczne tylko do pewnego stopnia. Jeżeli napięcie intrapsychiczne jakiegoś osobnika przekracza pewne maximum, to stłumiona energja psychiczna szuka i znajduje ujście w postaci wyżej wymienionych rzutów nieświadomości na powierzchnię jaźni t. j. w postaci czy to automatyzmów, czy marzeń sennych, czy wreście nerwic; wszystkie

te rzuty są jakby wentylami naszej psychiki, wentylami bezpieczeństwa, wszak zapobiegają zbyt wielkiemu nagromadzeniu się napięcia intrapsychicznego, które w razie niemożliwości wyładowania może się stać przyczyną nerwicy, czy nawet choroby psychicznej. Konieczność tłumienia jest zjawiskiem prawie codziennem wskutek ograniczenia przez kulturę zupełnej swobody człowieka, jego wyżycia się. Zrozumiałem jest, że w dziedzinie sfery płciowej konieczność tłumienia jest najczęstszą, wszak chęć płciowa jest u nowoczesnego człowieka kulturalnego tak silna, jak u prymitywnych ludzi. Różnica między prymitywnym i kulturalnym człowiekiem jest tylko ta, że człowiek kulturalny posiada nad sobą cenzurę, która nie pozwala mu na urzeczywistnienie swoich zachcianek, jakie ze względu na „przyzwoitość" (kultura) musi tłumić. Ale energja psychiczna, skrępowana przez tłumienie nie znika, lecz powiększa jego napięcie intrapsychiczne. Błędem zaś wszystkich ludzi jest mniemanie, że popęd płciowy zjawia się u człowieka w chwili jego dojrzewania płciowego. Freud stworzył specjalną teorję seksualną, w której dowodzi, że dziecko przynosi z sobą na świat już popęd seksualny, przechodzący pewne okresy rozwoju, nim ukształtuje się ostatecznie podczas dojrzewania płciowego. Na początku popęd seksualny (nie płciowy) jest skoncentrowany na własnem ciele — autoerotyzm, następnie po przejściu jeszcze innych okresów przenoszą się te uczucia seksualne na otoczenie, w pierwszym rzędzie na rodziców. Nad tym okresem musimy się specjalnie zastanowić; *wszak właśnie ten okres skoncentrowania swej miłości na rodzicach jest najważniejszy dla wyjaśnienia podkładu psychologicznego gry szachowej. Jest to okres sutuacji Edypa; my wyciągniemy tylko z tego okresu wnioski niezbędne nam dla wyjaśnienia istoty szachów.*

Jednym z możliwych rzutów zespołu Edypa na powierzchnię naszej jaźni, jest gra w szachy: Tę tezę postaramy się wyjaśnić. Szachy, nie patrząc na to, że je grą nazywamy (wydobycie tonów ze skrzypiec też nazywamy grą, a tymczasem każdy przecież wie, że gra na skrzypcach jest sztuką) są właściwie sztuką zdolną wpłynąć na najgłębsze tajniki naszej nieświadomości; gra w szachy i denerwuje i dostarcza wielkiej rozkoszy, której przyczyny nie znamy. Wszystko to, co zdolne jest czynić zadość nieświadomym źródłom rozkoszy, nazywamy sztuką. Przyczyna rozkoszy gry w szachy leży poza kategorjami rozsądku. Cała koncepcja gry szachowej jest odpowiednikiem oczywiście zamaskowanym zespołu nieświadomego w psychice człowieka. Przyjrzyjmy się nieco symbolice

szachów. Wytycznym celem gry szachowej jest szach - mat t. zn. śmierć królowi. Czem jest król w nieświadomości psychiki ludzkiej? Król wszędzie jest symbolem ojca: wiemy to nawet z potocznej mowy, w której posługujemy się bardzo często symboliką. Króla, jako ulubiony symbol ojca, spotykamy w folklorze, w bajkach, mitach, marzeniach sennych i w potocznej mowie, jak już wyżej zaznaczyłem. Cara nazywano w Rosji „car, batiuszka" (batiuszka — ojczulek), niemcy nazywali swego kajzera „Landes - Vater" (ojciec kraju), najwyższą głową kościoła nazywają papieżem od słowa „papa". Król i ojciec jest jedno i to samo dla psychiki ludzkiej. Ta sama analogja jest między matką i królową. W grze szachowej król i królowa symbolizują ojca i matkę. Wrogie uczucia, jakie się kiedykolwiek miało w stosunku do swego ojca i których wyładować było niemożliwością, projektują się właśnie w grze szachowej w formie napaści na nieprzyjacielskiego króla, którego chce się zgładzić, matować, co jest przecież głównym celem gry: Gra w szachy, jako sublimacja zespołu Edypa daje ujście w stłumionej energji nienawiści w stosunku do swego ojca, gdy się napada na nieprzyjacielskiego króla, gdy się zaś broni swego własnego króla to tym procesem jakoby okupuje się swoją winę przed ojcem z czasów dzieciństwa, gdy się ojca swego nieświadomie nienawidziło. Wielka i intensywna miłość do matki, którą w dzieciństwie chciało się nawet poślubić, symbolizuje się w grze nadzwyczajną uwagą na swoją królowę, której się przecież tak nadzwyczajnie broni i strzeże; ta wyjątkowa uwaga gracza na swoją królowę jest bezpośrednią projekcją jego dziecięcych uczuć miłosnych w stosunku do swej matki. Jeżeli ktoś zarzuci tej koncepcji, że przecież napada się na królowę nieprzyjaciela (przeciwnika), więc nie może to przecież odpowiadać miłości — na to musi się zwrócić uwagę pytającego(ej), że uczucia dziecka są ambiwalentne; dziecko kocha i zarazem może nienawidzieć. Dziecko nadzwyczajnie kocha swoją matkę i zarazem dokucza jej w niemożliwy sposób. Chłopczyk chciałby usunąć swego ojca, by matkę mieć wyłącznie dla siebie, a zarazem i kocha tego ojca. Ambiwalencję uczuć spotykamy nie tylko u dzieci ale i u dorosłych. W grze szachowej mamy całkowite odźwierciedlenie się sytuacji zespołu Edypa, składającego się z wzajemnych stosunków trojga osób: 1) ojca, 2) matki i 3) dziecka. Ojca i matkę już znamy w postaci króla i królowej, symbolem zaś dziecka na szachownicy jest pionek, który również, jak dziecko w rodzinie, jest i na szachownicy najsłabszą figurą, ograniczoną

w swoich posunięciach. Pionek posuwa się tylko o jeden krok, o jedno pole, za wyjątkiem pierwszego posunięcia, kiedy pionek ma prawo zrobić dwa kroki, posunąć się o dwa pola. Pierwsze posunięcie pionka o dwa pola symbolizuje z pewnością nadzwyczaj szybki rozwój dziecka w pierwszym roku jego życia. Powolne posuwanie się pionka naprzód symbolizuje jego stały i powolny rozwój, a przeistoczenie się pionka po przejściu całej szachownicy w najmocniejszą figurę (królowę) symbolizuje dojrzałość dziecka i zarazem jego dziecięcą identyfikację siebie z matką. Pion nie może się przeistoczyć w króla, co w zupełności odpowiada przesądowi rodzinnemu, że dziecko nie powinno zająć miejsca ojca przy stole. Jak widzimy, to w grze szachowej znajdujemy całkowitą projekcję sytuacji Edypa: pion (syn), identyfikując się z królową (matką), wyładowuje swe wrogie uczucia w stosunku do króla (ojca); restauruje się całkowity system zespołu Edypa, zespołu rodzinnego. Biegunowość wartości swoich i przeciwnika figur jest odzwierciedleniem ambiwalencji uczuć dziecka: uczucia wrogie przenosi się na figury nieprzyjaciela (partnera), uczucia przyjazne, miłosne — na figury własne. Obrona własnego króla jest projekcją miłości (miłość i nienawiść mogą w psychice dziecka razem egzystować) dziecka do swego ojca, miłość ta może być reakcją na uczucie nienawiści do niego. Prócz zadośćuczynienia ambiwalencji uczuć dziecka, obrona własnego króla symbolizuje również urzeczywistnienie się częstych fantazji dziecka o ratowaniu swego ojca, znajdującego się w niebezpieczeństwie; fantazje te są reakcją na uczucie nienawiści do ojca. Prócz króla, królowej i pionów w grze szachowej przyjmują udział jeszcze inne figury: koń, oficer i wieża. Siłą rzeczy trzeba wyjaśnić również i ich znaczenie symboliczne. Koń w grze może być rezultatem tak częstego identyfikowania się dzieci ze światem zwierzęcym; dziecko nie zna różnicy między ludźmi i zwierzętami i uważa zwierzę, jako istotę identyczną z człowiekiem; w fantazji dziecka koń może mu nawet współczuwać w nieszczęściu. Zresztą dążenie każdego chłopczyka, mieć konia, jest powszechnie znanem. Wieżę i oficera możemy uważać jako niezbędne atrybuty królewskiej pary, nawet i koń może być potraktowany jako niezbędny atrybut. Ogólna koncepcja gry jest najwyraźniejszą projekcją zespołu Edypa, tkwiącego głęboko w psychice ludzkiej. Strukturą swoją, swoim procesem grania, szachy czynią zadość stłumionym afektom z czasów dzieciństwa. Szachista jest bezwarunkowo człowiekiem, u którego miało miejsce

silne tłumienie, które w symbolicznej grze szachowej wyładowuje się nieświadomie dla gracza. Język szachów jest internacjonalny, co jest skutkiem zaistnienia zespołu Edypa u wszystkich narodów świata. Nienawiść zespołu Edypa niema nigdzie tak doskonałej możliwości wyładowania się nazewnątrz, jak w symbolicznej grze szachowej; tak samo, jak popęd płciowy doskonale wyładowuje się nieświadomie w tańcach „sankcjonowanych przez wszystkich“, tak samo i szachy zupełnie nieświadomie dla etyki ludzkiej sankcjonują wyładowania się zespołu Edypa w sposób powściągliwy, skrzętnie ukryty i dla świadomości naszej absolutnie niezrozumiany, a tem samem nie godzący w etykę rodzinną. Zły szachista jest swego rodzaju Hamletem przy desce szachowej; tak samo, jak Hamlet w żaden sposób nie może się decydować na ostateczny krok zemsty w stosunku do swej matki, dlatego, że w nieświadomości swej jest właściwie zakochany w matce i zadowolony ze śmierci ojca, tak samo zły szachista może w nieświadomości swej obok nienawiści tak żywo zachować ambiwalentne uczucie miłości do ojca, że niema on absolutnie impulsu do energicznego napadania na nieprzyjacielskiego króla, symbolizującego własnego ojca, dzięki czemu przegrywa partję. Bywają bardzo często gracze, którzy podczas całej prawie partji szachowej dobrze walczą i nawet zabierają u przeciwnika jedną lub dwie figury, co normalnie zabezpiecza wygraną, ale koniec końcem partję przegrywają, nie mogąc zdobyć się na ostateczny wysiłek, doprowadzający do zwycięstwa; gracz taki jest w rezultacie złym szachistą. Przypomina to również Hamleta, który zdolny jest nawet zabić Poloniusza i innych szambelanów dworu, ale absolutnie jest niezdolny zemścić się na matce, wszak w nieświadomości swej zakochany jest w matce i zadowolony jest ze śmierci ojca.

Szczere zamiary złego szachisty — tego, powiedziałbym, sobowtóra Hamleta,-dążenia jego wyładowania nienawiści swej w stosunku do ojca zupełnie rozbijają się o ambiwalentne jego uczucie miłości w stosunku do tegoż ojca; przekładając konflikt duszy złego szachisty na język naszej świadomości, będzie to brzmiało mniej więcej tak: Ty nie powinieneś zwyciężyć, wszak nie powinieneś zabić swego ojca. Zły szachista najzupełniej zasługuje właśnie na miano Hamleta przy desce szachowej. Zdolność do gry w szachy, właściwie intuicja szachowa, niema nic wspólnego z uzdolnieniem człowieka w sensie umysłowym, zdolność ta jest zupełnie odmienną, „sui generis“, zależną tylko od wyżycia się

z sytuacji Edypa w dzieciństwie. Gracz szachowy wnosi w swą grę konflikty swej duszy, jakie powstały w dzieciństwie na tle sytuacji Edypa i zależnie od intensywności odczuwania tych sytuacyj w dzieciństwie, gra jest mniej lub więcej intensywna, w każdym bądź razie indywidualna; odróżniamy u graczy styl gry, który odzwierciedla do pewnego stopnia charakter i skłonność gracza, a to dlatego, że ukształtowanie się charakteru człowieka zależne jest również od rodzaju wydobycia się z sytuacji Edypa.

Szachy powstały na wschodzie u hindusów, od nich przeszły do Persji, gdzie arabowie je poznali i przynieśli na początku XI-go wieku do Europy. Fakt powstania szachów na wschodzie jest z punktu widzenia psychoanalizy zupełnie zrozumiałym, a to dlatego, że tam kobieta - matka była tak strasznie prześladowana, uciśniona i zaniedbana. Właśnie ten opłakany jej stan, godny wielkiego pożałowania i litości, jeszcze więcej spotęgował nienawiść syna do ojca; rezultatem tej spotęgowanej nienawiści do ojca na przestrzeni wieków i konieczności bezwzględnego tłumienia tej nienawiści (stosunek ojca do syna był na wschodzie o wiele sroższy, niż u nas) było powstanie gry szachowej, w której restauruje się cała sytuacja Edypowa z możliwością wyładowania nieświadomie stłumionej energji, nienawiści w stosunku do ojca. Jak widzimy, gra w szachy odzwierciedla w zasadzie bunt przeciwko ojcu, przeciwko autorytetowi i dlatego zupełnie zrozumiałem się staje, dlaczego kościół był w swoim czasie w wieku XII-tem wrogo usposobiony przeciwko szachom. Kościół widocznie wyczuł intuicyjnie tę projekcję buntu przeciwko auterytetowi; biskup paryski zabronił duchowieństwu nietylko grać w szachy, ale nawet przechowywać u siebie w domu deskę szachową. Zespół Edypa jest szczególnie silny w rodzinach królewskich, gdzie następca tronu bardzo często z wielkiem utęsknieniem oczekuje śmierci swego ojca - króla; taki następca musi silnie tłumić to wrogie uczucie do ojca; zrozumiałem przeto, że w rodzinach królewskich gra w szachy jest specjalnie faworyzowana i tak w rzeczywistości jest: na dworach królewskich bardzo dużo zawsze grano w szachy. Nazywają nawet szachy „królewską grą“. Poczynając od pół-legendarnego Karola Wielkiego, nie mówiąc już o perskich szachach i kończąc na królach obecnych czasów, wszyscy bez wyjątku namiętnie grali w szachy. Ludwik XVI-ty jak również i XVIII-ty tak gorąco lubili grę w szachy, że o nich jest legenda, że mieli kryształowe szachy; ten tak rzadki okaz miał otrzymać w podarunku Ludwik IX

(święty). Napoleon był namiętnym graczem w szachy i jest nawet specjalne „Napoleońskie otwarcie" partji (Sgl - f3), które zostało później opracowane przez wielkiego teoretyka R. Reti. Bardzo namiętnym również graczem w szachy był ostatni kajzer Wilhelm, którego żądza władzy i chęć podbicia całego świata dochodziły do najwyższego stopnia; jest to skutek również tego samego zespołu Edypa. Trzeba przyznać, na dworach królewskich bardzo często sytuacja Edypowa urzeczywistnia się; w życiu realnem Aleksander I-szy zabija ojca; Iwan Groźny zabija swego syna; syn jest kochankiem matki - Nero; ojciec i syn mają za kochankę jednocześnie córkę i siostrę i syn targa się na życie ojca, zabija brata— rodzina Bordżja. Jest legenda o babilońskim królu Evilmerodachu, który porąbał ciało swego ojca na kawałki. Bywa również, że następcy tronu wpadają w chorobę psychiczną, nie mogąc znieść absolutnie nadmiernego napięcia intrapsychicznego, wywołanego zespołem Edypa; takich przykładów dużo można znaleźć. W legendach szachowych, jakich jest bardzo dużo, gra w szachy przedstawiona jest, jako środek kojący bóle duchowe. Jest to zrozumiałe; wszak grający w szachy wyładowuje swe nadmierne napięcie intrapsychiczne: broniąc swego króla-ojca; tem samem okupuje swą wielką winą przed ojcem: nieświadomość gracza zadawalnia się zupełnie stworzeniem sytuacji na desce, zwycięstwem nad przeciwnikiem, na którego przenosi wszystkie uczucia wrogie przeżywane kiedyś w stosunku do ojca, który przeszkadzał dziecku w urzeczywistnieniu jego dążeń do rozkoszy. Porażka, przegranie partji szachowej, ożywia w zupełności nieświadome wspomnienia o obrazach, poniżeniach w dzieciństwie i dlatego ta przegrana tak boli gracza; wygranie partji jest jakoby rekompensatą za obrazy, doznawane w dzieciństwie ze strony ojca; znamiennym jest fakt, że rewolucjoniści t. j. ludzie którzy mają skłonność, a nawet potrzebę do walki z autorytetem (jest to również następstwem zespołu Edypa) bardzo chętnie grają w szachy. Zesłani na Syberję rewolucjoniści rosyjscy namiętnie grali tam w szachy, a to dlatego, że nie mogąc absolutnie wprowadzić w czyn swoich dążeń do walki, musieli tę tłumioną chęć do walki projektować w grze szachowej, gdzie ich głębokie tendencje mogły się nieświadomie wyładować. Opowiadają o Leninie, że będąc na Syberji na katordze, bardzo namiętnie grywał w szachy i wszystkich właśnie zwyciężał, co było dla jego otoczenia niezrozumiałem, jego silne nieświadome tendencje do walki z autorytetem były tak wielkie, że musiały mieć ujście

chociażby na desce szachowej. Zresztą żnanym jest fakt, że we wszystkich celach więziennych, w których siedzą przestępcy polityczni, gra w szachy kwitnie, wtedy gdy w celach, w których siedżą kryminaliści, kwitnie gra w orła i reszkę i w karty — gry, pozbawione zupełnie elementów walki. W świetnym filmie polskim: „Dziesięciu z Pawiaka“ bojowcy, wpędzeni w więzienie przez satrapów carskich za ich zaciekłą walkę z jarzmem carskiem, odcięci w celach więziennych od realnej walki, również projektują swe tłumione dążenia do walki w grze szachowej, którą się po całych dniach zajmują (nie kartami, jak to robią kryminaliści). Autor tego filmu płk. Jur-Grzechowski intuicyjnie wyczuł wysoką wartość duchową ich gry szachowej i dlatego przedstawia, jak jeden z grających matuje swojego przeciwnika królową, ozdobioną orłem polskim, co wszak było najgorętszem życzeniem uwięzionych, życzeniem, za które gotowi byli oddać swoje życie. Inscenizator tego filmu może nawet nie zdał sobie sprawy z głębokiego znaczenia symbolicznego tej sceny, lecz intuicyjnie wyczuł jako projekcję ich nieświadomego nastawienia. Intuicję swą autor filmu z pewnością zawdzięcza temu, że w nim samym tkwi nieświadome dążenie projektowania nazewnątrz swojego własnego stłumionego zespołu Edypa, tak samo, jak tę potrzebę miał wielki Szekspir, pisząc Hamleta, w którym odzwierciedla się sytuacja Edypa u głównego bohatera. Wiek XVIII-ty, który był wiekiem energji rewolucyjnej, był również wiekiem rozkwitu szachów; we Francji żył wtedy genialny Filidor, we Włoszech — Ercole-del-Rio. Francja, jako matka rewolucji, stała się w tym wieku światowem centrum gry szachowej; café de la Régence w Paryżu była Mekką szachistów: ściągała ona do siebie wszystkich najlepszych szachistów ówczesnego świata. Rosja, która wiecznie prowadziła ostrą walkę przeciwko carowi, nie mogąc go pokonać, właśnie wydała wszechświatowej sławy szachistów: Czygerin, Jankowski, Petrow, Szyfers, Alapin, Szmidt, Ienisz, Kizerycki, Salwe, Snoskoborowski, Alechin, Bogolubow, i wielu, wielu innych. Były wszechświatowy mistrz szachów, Capablanca, napisał książkę: „Moja karjera szachowa“. Chociaż książka ta jest poświęcona specjalnie sztuce szachowej, jednakże znajdujemy tam dużo ciekawego z punktu widzenia psychoanalizy; wielki Capablanca opowiada o swej książce, że najgłówniejszym impulsem do gry w szachy była mu niepokonana chęć wygrywać u ojca, zwyciężyć go — w zupełności zgadza się opowiadanie Capablanki z poglądem psychoanalizy

na chęć grania w szachy. — Na początku jego karjery szachowej spotykamy się odrazu z treścią zespołu Edypa: zwyciężyć ojca. To opowiadanie Capablanki o kolosalnej jego chęci zwyciężenia ojca ma ogromne znaczenie w świetle psychoanalizy, ponieważ widzimy naocznie, że Capablanca dlatego właśnie koncentruje całą swą siłę woli na szachach, że zmusza go do tego potężna siła nieświadomych kompleksów, w pierwszym rzędzie zespół Edypa. O kolosalnej koncentracji Capablanki na szachach i o wielkiej sile woli jego wspomina nawet Laskier, były wszechświatowy mistrz szachów, w swojej książce: „Mein Wettkampf mit Capablanka". Jak wiadomo Capablanca właśnie wygrał koronę szachową z rąk Laskiera, który ją posiadał bardzo długi czas, przeszło 39 lat. Tylko nader silne tłumienie zespołu Edypa może z człowieka zrobić takiego Capabalankę, albo Laskiera. Ci ludzie, gdyby nie stali się wybitnymi szachistami, byliby z pewnością wielkimi rewolucjonistami, ponieważ muszą wyładować swoją energję w walce przeciwko ojcu lub ewentualnie przeciwko reprezentantowi władzy, który jest symbolem ojca. Przy wciąganiu się w tę walkę namiętność staje się coraz większa i potrzeba zwycięstwa całkowicie absorbuje, a to dlatego, że wszystko to odbywa się w nieświadomości. Bardzo często wybitni szachiści wprost nie mogą znieść swojej porażki, gdy, dochodząc do szczytu, wnet zostają pobici. Wielki Stejnic, były mistrz szachowy, po porażce z Laskierem, który mu właśnie zabrał koronę szachową, wpadł w chorobę psychiczną, wyobrażał sobie, że jest koniem szachowym i chodził jak koń po szachownicy: dwa kroki prosto, a jeden w bok. Porażka Stejnica w walce z Laskierem tak kolosalnie wzmogła jego napięcie intrapsychiczne, powstałe na tle sytuacji Edypa, że przekroczyło maximum tego, co znieść był w stanie: rezultatem tego była psychoza. Nie mogę się tu wdawać w szczegóły powstania psychozy, należy to do ścisłej psychoanalizy, którą na tem miejscu zająć się nie mogę, ponieważ to by nas za daleko zawiodło. Wielki Czygerin, będąc w agonji, żąda bezwzględnie spalenia jego szachów; była to z pewnością silna reakcja na ciągłą jego nienawiść do ojca (nieświadomie) i ciągła z nim walka, projektująca się w jego namiętnej grze w szachy. Genialny Morphy — najsilniejszy gracz swego czasu — w drugiej połowie swego życia wpada w psychozę i nietylko nie gra więcej w szachy, ale nie znosi, gdy ktoś w jego obecności o szachach wspomina; jest to z pewnością ta sama reakcja na nienawiść do ojca, co

i u Czigerina: obaj, jakoby uczuli wielką winę ciągłego znęcania się nad swoim ojcem, którego symbolem jest król przeciwnika. Godnym jest uwagi ten fakt, że Morphy po zachorowaniu na psychozę nikogo prócz matki nie chciał widzieć przy sobie; odpowiada to treści zespołu Edypa — być zakochanym we własnej matce swojej.

Wielki mistrz szachowy Polski A. Rubinstejn (dzierży w swych rękach mistrzowstwo Polski, którą właśnie reprezentuje na olimpjadach szachowych), który zdobył nawet tytuł mistrza Niemieckiego Związku Szachowego w r. 1905-ym, a w roku 1909-ym dzielił razem z Laskierem — ówczesnym wszechświatowym mistrzem gry szachowej — pierwszą nagrodę na międzynarodowym turnieju w Petersburgu, wpada w r. 1941-ym w niedomaganie psychiczne, które właśnie poniekąd przerywa długie pasmo jego świetnych zwycięstw. Jego gwiazda szachowa przed niedomaganiem psychicznem tak potężnie zabłysła, że uważany był za jedynego konkurenta w matchu z Laskierem o mistrzowstwo świata.

Widzimy, jak blizcy są psychozy ci wielcy szachiści, których treść duszy jest całkowicie absorbowana konfliktem zespołu Edypa, dającego im całkowity impuls do absolutnego poświęcenia się grze szachowej. Ta zaciekła walka szachowa, jaką ci szachiści są ciągle absorbowani, umożliwia im nieświadome projektowanie nazewnątrz impulsu kazirodczego (zespół Edypa), zmierzającego do opanowania całego ich jestestwa. Najmniejsze odchylenie się ich linji zwycięskiej, a tem samem zmniejszenie się możliwości wyładowania nazewnątrz ich wzmożonego napięcia intrapsychicznego, którego ogromu nie są w stanie znieść, wywołuje u nich nerwicę albo psychozę, które w świetle psychoanalizy są właśnie niczem innem, jak aktami samoobrony, za pomocą których chory chce uwolnić siebie od przytłaczających go i przykrych dlań dążności i instynktów: oczywiście że ta samoobrona jest tylko pseudo-samoobroną, chybionem wyleczeniem (autoguérison aversée, jak francuscy psychoanalitycy nazywają). Samoobrona ta przynosi tylko pozorne korzyści, polegające na tem, że urzeczywistnienie się tkwiących w nieświadomości popędów, jak np. zespół Edypa, byłoby więcej przykrem, aniżeli dolegliwości, wynikające z nerwicy czyli psychozy. Nerwica dla szachisty musi być stokroć znośniejszą niż wprowadzenie w czyn opanowującego jego duszę zespołu Edypa, zresztą szachista nie jest świadom nawet swego popędu kazirodczego, który tkwi głęboko w jego nieświadomości; człowiek właśnie nie

zna swych popędów dlatego, że one się sprzeciwiają jego świadomemu „ja". Gdyby nawet człowiek znał swój popęd dążący do urzeczywistnienia się, n. p. tkwiący w nim zespół Edypa, to i w tym wypadku wprowadzenie w czyn tego impulsu jest przecież nie do pomyślenia, bo jakżeż? czy człowiek o zwykłych normach etycznych mógłby zrealizować swoje kompleksy kazirodcze? — nigdy.

Jaźń ludzka, będąca wyższą instancją w „ja", uosobniająca przedstawicielkę moralności i uspołecznienia, ta powiedziałbym „ponad - jaźń" staje zawsze w wyraźnej opozycji do popędów, niezgodnych z przyjętą etyką i kodeksem socjalnym. Między tą właśnie jaźnią i popędami zachodzi walka; rezultatem tej walki u człowieka o zwykłych normach etycznych może być nerwica, jako kompromis. Neurotyk wikła się w swych konfliktach neurotycznych i tem samem odwraca się od tej strasznej rzeczywistości, do jakiej go pchają jego wyolbrzymione popędy. Nerwica jest swego rodzaju ucieczką od rzeczywistości. Szachista w swych zwycięstwach na desce szachowej urzeczywistnia poniekąd swój zespół kazirodczy (Edypa); gdy się zaś przerywa pasmo jego świetnych zwycięstw, wtedy on z nadzwyczajną łatwością wpada w nerwicę lub psychozę, co właśnie widzimy u wielu wybitnych przedstawicieli gry szachowej, u tytanów szachowych.

Znamiennym jest brak kobiet wśród wybitnych szachistów, ale odpowiada to w zupełności treści zespołu Edypa: dziewczynka zakochana jest w swym ojcu i dlatego u kobiety nieświadomość nie potrzebuje projekcji walki z symbolem ojca; zresztą ewolucja zespołu Edypa u dziewczynki jest zupełnie odmienna. Nie możemy się tu wdawać w szczegóły dziewczęcego kompleksu Edypa — toby nas za daleko zawiodło. — Musimy jednakże zaznaczyć, że w ostatecznem kształtowaniu się sytuacji erotycznej dziewczynki jednym z najważniejszych motywów jest pragnienie macierzyńskie, a nie, jak to ma miejsce u chłopca, chęć usunięcia jednego z rodziców (w danym wypadku ojca) celem wyłącznego zachowania dla siebie drugiego z rodziców (w danym wypadku matki). U dziewczynki zapora kazirodcza jest silniejsza, niż u chłopca; w jej nieświadomości pierwotny objekt libido (ojciec) żyje tylko jako obraz, który wywiera wielki wpływ na późniejszy wybór objektu miłości. Oto dlaczego kobiecie niepotrzebna jest projekcja walki z ojcem, stanowiąca istotną treść symboliczną szachów. Kobiety nietylko nie są obojętne na szachy, ale przeważnie nie znoszą tej gry. Nawet jest maksyma w świecie szachistów: „Ko ma zamiar zostać

maestre, ten niech się nie żeni". Nieświadome zespoły psychiki kobiecej są biegunowo przeciwne zespołom psychiki mężczyzn. Wyjątek mogą stanowić tylko kobiety o męskim składzie psychiki, kobiety homoseksualne, lesbijki, ale i te nie mogą osiągnąć takiej intensywności gry szachowej, jaką spotykamy u mężczyzn, u których impuls do walki z ojcem jest wprost — jeżeli można się tak wyrazić — dziedziczny, wszak od chwili ukształtowania się rodziny zespół Edypa poprostu zrósł się z psychiką męską. Ostatniemi czasy jesteśmy świadkami większej maskulinizacji kobiet (chłopczycy) i dlatego też kobiety zaczynają się bardziej interesować grą szachową. Na typ chłopczycy składają się najrozmaitsze elementy, a przedewszystkiem tendencje męskie, dzięki czemu ten nowy typ kobiet zabiera się i do szachów również. Kilka lat temu odbył się w Londynie turniej szachowy specjalnie kobiecy, na którym pierwsze miejsce zajęła rosjanka Wiera Meńczyk. Fakt zajęcia w tem turnieju pierwszego miejsca przez rosjankę zupełnie odpowiada interpretacji psychoanalitycznej szachów: nikt w obecnej chwili nie posiada tyle impulsu do walki, ile rosjanie. Z tej samej racji najsilniejszymi graczami obecnych czasów są właśnie rosjanie. Dość wspomnieć Alechina i Bogolubowa — największych obecnie tytanów gry szachowej. Jak wielkim tytanem gry szachowej jest Alechin (jest on obecnie wszechświatowym mistrzem gry szachowej), niech świadczy chociażby jego ostatnie 5-cio tygodniowe tournée po Francji, gdzie w 32 seansach osiągnął następujący wspaniały wynik: wygranych — 685, remisowych — 25, przegranych — 19. Nadzwyczajna zdolność drugiego rosjanina — Bogolubowa (grał już o mistrzostwo świata z Alechinem) do gry na ślepo (bez szachownicy) wprowadza wszystkich w zdumienie: potrafi on grać na ślepo jednocześnie kilkadziesiąt partyj.

Na końcu tych rozważań o szachach zajmijmy się jeszcze problematem perspektywy szachów: Jaka jest perspektywa szachów? Na to można odpowiedzieć, że tak długo, póki będzie egzystowała rodzina, a z nią razem zespół Edypa. Gra w szachy będzie wciąż się rozwijać, jako najidealniejszy odpowiednik zespołu psychiki męskiej, jako najodpowiedniejsza projekcja nienawiści przeciwko ojcu, ponieważ szachy w ogólnej swej strukturze najlepiej odzwierciedlają bunt osoby przeciwko jarzmu przodków (ojców, królów).

Psychanalyse du jeu des échecs.

Par le Dr. S. DAWIDSON.

L'auteur est d'avis que les échecs présentent une preuve à forte raison de l'importance du complexe d'Oedype dans la vie commune. Les figures pincipales des échecs: le roi, la reine et le pion sont des symboles des membres de la famille: le père, la mère et l'enfant. Les figures restantes comme la tour, le cheval et l'officier sont des attributs nécessaires du roi. En attaquant le roi de son partenaire, le joueur se procure une récompense de sa haine contrainte qu'il avait senti dans son enfance (dans son inconscient) envers son père; quand on défend son roi, on expie son tort envers son père du temps de son enfance, quand on avait inconsciemment deteste son père. Le final au jeu aux échecs est „échec et mat" c'est-à-dire mort au roi et en même temps à son symbole, le père. La transformation du pion après le passage de l'échiquier en la figure la plus puissante — la reine — symbolise d'un côté le développement graduel de l'enfant, de l'autre côté — la fréquente identification de l'enfant avec sa mère.

II. KONGRESY.

XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

w dniu 12 - 15. IX. 1933.

Sprawozdanie.

Opracował Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

SEKCJA PSYCHJATRYCZNA.

(XIII-ty ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH).

W pierwszym dniu Zjazdu odbyło się wspólne posiedzenie sekcji psychjatrycznej i neurologicznej w sali wykładowej Kliniki chorób nerwowych przy ul. Północnej 10 (godz. 15.20 - 18-tej).

Gospodarz sekcji p. Prof. Dr. S. Borowiecki otworzył Zjazd, powitał zebranych, wśród których licznie reprezentowani byli psychjatrzy i neurolodzy z Czechosłowacji i zaprosił na przewodni-

czącego Zjazdu p. Prof. Dra J. Mazurkiewicza oraz p. Prof. Dra L. Haskoveca (z Pragi), jako wiceprzewodniczących: pp. Doc. Dr. Dyr. Łuniewskiego, Dyr. Dra Fuhrmana, Dyr. Dra Deresza, Płk. Dra Nelkena, Prof. Dra Rosego, Prof. Dra Rothfelda, Doc. Dra Sterlinga, z gości: Dra Glavana (Zagrzeb), Prof. Dr. Hennera (Praga), Prof. Dra Krivego (Bratislava), Prof. Dra Ławrentjewa (Leningrad), na sekrerzy: pp. Doc. Dra Hurynowicza, Dra Godłowskiego, Dra Jaburka, Dra Kuligowskiego, Dra Terajewicza, z gości: Dra V. Haskoveca (Praga), Dra Dosuzkova (Praga), Dra Kafkę (Praga), Dra Popka (Brno), Dra Uttla (Praga).

W pierwszym dniu przewodniczyli: pp. Prof. Dr. Mazurkiewicz oraz Prof. Dr. L. Haskovec, sekretarzowali: pp. Doc. Dr. Hurynowicz i Dr. Kafka.

Po przemówieniach pp. Prof. Dra Hennera i Dr. Kafki, którzy wyrazili pozdrowienie od kolegów czeskich, wygłoszono do tematu: „Zaburzenia psychiczne i cielesne przy schorzeniach ośrodków podkorowych“ referaty;

Prof. Dr. M. Rose (Wilno) Anatomja normalna i patologiczna ośrodków podkorowych.

Prof. Dr. Czubalski (Warszawa) „Fizjologja ośródków podkorowych poczem obrady pierwszego dnia zamknięto.

W drugim dniu odbyło się wspólne posiedzenie sekcji psychjatr. oraz sekcji medycyny sądowej w sali wykładowej Zakładu Med. Sądowej U. P. przy ul. Rektora Święcickiego 6 (godz. 10,30-13-tej) poświęcone biologji kryminalnej.

Przewodniczyli pp. Prof. Dr. J. Mazurkiewicz (z sekcji psychjatrycznej) oraz Prof. Dr. Wachholz (z sekcji medycyny sądowej).

Wygłoszono:

1) Dr. Batawia (Warszawa) „Stan badań biologiczno - kryminalnych w Europie i Ameryce oraz cele i metody tych badań“.

2) Doc. Dr. Mydlarski (Warszawa) „Znaczenie badań antropologicznych dla biologji kryminalnej“.

3) Dr. Bychowski (Warszawa) „Przestępca w świetle psychoanalizy“.

Po referacie Dra Bychowskiego p. Prof. Wachholz podał otrzymaną wiadomość o nagłej śmierci Prof. Dr. Karwowskiego, przewodniczącego komitetu organizacyjnego XIV-go Zjazdu L i P. P. Przez powstanie uczcili zebrani pamięć śp. Zmarłego, poczem, z powodu spóźnionej pory posiedzenie zakończono.

Popołudniu odbyło się w sali wykładowej Kliniki Neurologicznej od 15 — 19-tej wspólne posiedzenie sekcji psychjatrycznej i neurologicznej. Przewodniczyli pp. Prof. Dr. Rose i Prof. Dr. Henner.

Pierwszy zabrał głos Prof. Dr. L. Haskovec składając z powodu śmierci Prof. Dra Karwowskiego, przewodniczącego komitetu organizacyjnego XIV-go Zjazdu L. i P. P. na ręce gospodarza sekcji psychj. i neurol. Prof. Dra Borowieckiego wyrazy współczucia od kolegów czeskich. Dalej Prof. Haskovec referował sprawę utworzenia słowiańskiego towarzystwa neurologiczno - psychjatrycznego. Ze strony polskiej przemawiał w tej sprawie Prof. Dr. J. Mazurkiewicz i zaproponował wybranie komisji złożonej z kolegów czeskich i polskich, którąby zajęła się zrealizowaniem projektu. W skład komisji tej ze strony polskiej weszli pp.: Dyr. Doc. Dr. Łuniewski, Dr. Handelsman, Doc. Dr. Sterling, Dyr. Dr. Stryjeński. Ze strony czeskiej podał Prof. Dr. Haskovec następujących: Prof. Dr. Krivego, Dra Popka, Prof. Dra Hennera, Dra Dosuzkova i Dra V. Haskoveca. (Komisja ta na wniosek p. Dra Łuniewskiego zebrała się o godz. 16,30 w innej sali, ażeby omówić szczegóły sprawy towarzystwa).

W dalszym ciągu kontynuowano obrady naukowe dotyczące tematu z dnia poprzedniego, t. j. schorzeń ośrodków podkorowych. Rozpoczął Prof. Dr. L. Haskovec wykładem p. tyt. „Psychismus subcorticalis". Dalej wygłoszono w tej sprawie odczyty:

1) Doc. Dr. O. Janota (Praga) Leczenie narkolepsji efedryną.

2) Prof. Dr. Halban i Prof. Dr. Rothfeld (Lwów) Rzadsze objawy podkorowe (z pokazem filmowym) wygł. Prof. Rothfeld.

3) Dr. M. Demianowska (Lwów) Rzadkie objawy podkorowe w przypadku wodogłowia wewnętrznego (z pokazem filmowem).

4) Dr. Fr. Kafka (Praga) Stosunek płata czołowego do ośrodków podkorowych (z przezroczami).

5) Dr. Th. Dosuzkov (Praga) Pewne zaburzenia chodu w przewlekłem nagminnem zapaleniu mózgu.

6) Dr. Teppa (Lwów) Wyniki leczenia atropiną w przypadkach pośpiączkowych w Klinice U. J. K. (z pokazem filmowym).

7) Dr. Godłowski (Kraków) Przypadek kliniczny niezwykłych hyperkinez typu pozapiramidowego (z pokazem filmowym).

8) Dr. Th. Dosuzkov i Dr. K. Uttl (Praga). Przyczynek do badania kliniczno - anatomicznego zespołu rubro - thalamicum.

9) Dr. K. Uttl (Praga). Do sprawy normalnej budowy komórek tuberis.

10) Dr. Fiszhautówna (Warszawa). Wyniki leczenia atropiną w zespołach pozapiramidowych).

11) Dr. Kuligowski (Warszawa). Zespół oczno - śpiączkowy w przypadku rozlanego glejaka (spongioblastoma) mostu i szypuły.

Na zakończenie Prof. Dr. Haskovec przedstawił wyniki obrad komisji, odbytych w sprawie towarzystwa słowiańskiego, doniósł o utworzeniu tego towarzystwa, co przyjęto oklaskami.

W trzecim dniu wygłoszono na posiedzeniu przedpołudniowem, odbytem w Zakładzie Psychjatrycznym w Kościanie pod przewodnictwem Dyr. Dr. I Fuhrmana następujące odczyty luźne:

1) Prof. Dr. Krivy (Bratislava). Uwagi w sprawie wtórnych majaczeń w przebiegu szczepionej zimnicy.

2) Doc. Dr. O. Janota (Praga). Dwa lata pracy ambulatoryjnej neurologiczno-psychjatrycznej w szpitalu Bulovka w Pradze. Przyczynek do dyskusji w sprawie pozazakładowej pracy psychjatrycznej.

3) Dr. Haskovec (Praga). W sprawie choroby Picka.

4) Dr. Berezowski (Kościan). Doświadczenia kliniczne nad kąpielami przedłużonemi o temperaturze obojętnej w leczeniu podnieceń psychoruchowych.

5) Dr. Kamiński J. Bonawentura (Warszawa). Organizacja badań kryminalno-biologicznych w więzieniach i zakładach poprawczych w Polsce.

6) Dr. J. Szpakowski (Grudziądz). Psychologja przeżyć więziennych.

7) Dr. T. Łapiński (Warszawa). Wytyczne opieki nad psychicznie chorymi zwłaszcza pozostającymi poza murami Zakładu.

8) Dr. M. Marzyński. Opieka nad psychicznie chorymi na Wileńszczyźnie.

9. Dr. A. Rutkowski (Wilno). O zespole omamowo-urojeniowym w przebiegu porażenia postępującego.

10) Dr. W. Terajewicz (Choroszcz). Badania nad zawartością bromu w krwi i Dr. Syrota u psychicznie chorych.

11) Świerczek i Dr. Kaiser-Świerczek (Dziekanka). Opadania krwinek w chorobach psychicznych.—

Popołudniu tegoż dnia odbyło się w Kościanie Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. —

Z podanego tu protokółu sekcji psychjatrycznej widzimy, że spełniono zamierzenia programowe sekcji, poświęcone przedewszystkiem dwom tematom głównym, o zjawiskach normalnych i cho-

robowych, związanych z ośrodkami podkorowemi, oraz o zagadnieniach biologji kryminalnej, dopuszczając w dopełnieniu „biologji kryminalnej“ także i psychologję i psychjatrę kryminalną. Ponadto uwzględniono w szerokiej mierze także „odczyty luźne“ z osnową dowolnie wybraną. —

1. Zjawiska związane z ośrodkami podkorowemi zwróciły uwagę uczonych już dość dawno od czasu doświadczeń ze zwierzętami, którym usunięto półkule mózgowe, oraz z dzieckiem urodzonem „bez mózgu“, z układem nerwowym, składającym się z rdzenia kręgowego, z rdzenia przedłużonego i ze szczątków móżdżku i śródmóżdża, jak i od czasu, kiedy pewien inżynier w Ameryce utracił kawał mózgu czołowego i służył później jako przykład osobnika pozbawionego całego szeregu ośrodków korowych.

Już w roku 1913 Al. Piotrowski na podstawie podanych powyżej przykładów i rozważań nad psychiką noworodka, u którego trwa przez pewien czas jakoby „stan bezkorowy“, łączył z rdzeniem kręgowym odruchy proste, z rdzeniem przedłużonym odruch prosty i automatyzm, *z ośrodkami podkorowemi* popędy i wzruszenia, z mózgiem wielkim intelekt.[1])

Świeżo opiera na czynności ośrodków pozakorowych swoje hipotezy o śnie normalnym i o śnie anormalnym i hipnotycznym J. Pavlow[2]) i jego szkoła. Pavlow przypisuje ośrodkom pozakorowym u zwierząt nierozporządzających równie doskonale rozwiniętemi płatami korowemi, jak człowiek, większe znaczenie niż u ludzi.

W stosunku do artyzmu i do genjalności — dodam tu od siebie — dałoby się, idąc za Ed. Abramowskim[3]), T. Sokołowskim[4]) i za Z. Szymońskim[5]) coś powiedzieć, co byłoby także w łączności z ośrodkami pozakorowemi a więc i z podkorowemi.

---

[1]) Por Al. Piotrowski. Ciało i Dusza. Odbitka z „Nowin Lekarskich Poznań 1913. str. 11, 12, 15.

[2]) Essai d'une interprétation psychologique de l'hystérie. L'Encépale. Rok 1933. str. 285 i Essai d'une interprétation psychologique de la symptomatologie de l'hystérie. Léningrad. 1932. Ed. de l'Académie des Sciences.

[3]) Edward Abramowski. Źródła podświadomości i jej przejawy. Warszawa 1914. str. 160 i n.

[4]) Tad. Sokołowski. Oddziaływanie sugestywne. Nowiny Psychjatryczne Rok X. 1933. str. 96.

[5]) Zdzisław Szymoński. Z psychologji twórczości i natchnienia. Nowiny Psychjatryczne. Rok VI. 1929. str. 1!

Wiadomo, że świadomość ludzka podobnie, jak macula lutea w oku, skierowuje się, skierować się w danej chwili jednocześnie jest zdolna tylko do niewielkiej liczby punktów, gubiąc się w ten sposób na obszarze zjawisk, który w szerszej mierze, podobnie jak cała siatkówka pole widzenia, ogarnia całość nasza duchowa. Człowiekowi normalnemu nie udaje się na tem tle przypomnieć całości kształtów, dźwięków, barw, wydarzeń szczególnie, gdy sam ma je odtworzyć. W wyższej mierze do tego zdolny jest genjalny malarz, poeta, muzyk, wirtuoz, administrator, władca kraju, każdy w swoim zakresie. Nie wyklucza to kontroli człowieka normalnego nad nieudolnością własnego odtworzenia, a nawet odtworzenia przez genjalnego rywala. Człowiek normalny odkrywa ex post w swoich ośrodkach pozakorowych to, co się w odtworzeniu i twórczości choćby najgenjalniejszej nie zgadza z rzeczywistością, z tem co jest w jego zrozumieniu potrzebne i jakoby najważniejsze.

Naznaczyłem tu nieco dokładniej właściwości powiązań między ośrodkami korowemi i pozakorowemi u genjuszów, ponieważ na Zjeździe nie było mowy o zjawiskach podkorowych „ponadnormalnych", lecz tylko o normalnych i chorobowych.

2. Drugi wybrany z góry temat obrad zjazdu: *o zagadnieniach biologji kryminalnej* zasługuje na szczególną uwagę przedewszystkiem ze względu na świeżo ułożony Nowy Polski Kodeks Karny. Pod tym punktem widzenia rozpatrywał zagadnienie W. Łuniewski (zobacz referat poniżej).

Stan badań biologiczno - kryminalnych w Europie i Ameryce, oraz cele i metody tych badań przedstawił St. Batawja. J. Mydlarski podjął, biorąc za punkt wyjścia teorje Lombroza, zagadnienia antropologiczne, związane z typami przestępców, z ich temperamentem, jak i z stopniem zwyrodnienia.

G. Bychowski wykazał doniosłość psychoanalizy w ukształtowaniu jej przez Freuda i jego szkołę, stosowanej u przestępców, będących w zależności od jakiegoś urazu, czy przytłumionego afektu. Może szczególnie u przestępców należy się śmiało uciec także i do „psychoanalizy" w ujęciu Freuda i jego szkoły, choćby się psychoterapję w jej kierunku idącą, uważało razem z Tad. Jaroszyńskim[1]) za *psychoterapję niższego rzędu.* Nie potrzeba tu bowiem obawiać się

[1]) Zob. Nowiny Psychjatryczne Rok X. 1933. str. 93. Tadeusz E. Sokołowski. Oddziaływanie sugestywne za pomocą podniet bezwiednych.

o zniepławienie duszy niewinnej, kiedy chodzi o wyratowanie duszy robiącej wrażenie duszy winnej, grzesznej i przestępczej, a będącej mimo to tylko duszą chorą.

Jerzy Szpakowski wręczył nam broszurę *Wskazówki do badań kryminalnobiologicznych*, a przemawiał na temat psychologji przeżyć więziennych.

3. Wśród luźnych odczytów zwracały na siebie uwagę nie tylko te, które dawały obraz stanów chorobowych, jak n. p. odczyty Krive'do, Janoty, Haskoveca, Rutkowskiego, Syroty i Terajewicza, Świerczka i Kaiser - Świerczkowej, ale i te, które omawiały kwestję sposobu leczenia chorych psychicznie, albo niesienia im ulgi, za pomocą zajęć praktycznych, jak i wciągania ich w okrąg życia normalnego, bądź to w obrębie zakładów, bądź to przez umieszczanie pacjentów w opiece rodzinnej, pozazakładowej, lecz pod dozorem zakładu, lekarskim i administracyjnym. —

Niektórzy wykładowcy nadesłali redakcji „Nowin Psychjatrycznych" streszczenia swoich wywodów, które umieszczamy poniżej:

Prof. Dr. FR. CZUBALSKI (Warszawa).

ZNACZENIE I CZYNNOŚĆ OŚRODKÓW PODKOROWYCH W ŚWIETLE DOŚWIADCZEŃ FIZJOLOGICZNYCH.

Referat wypowiedziany na posiedzeniu sekcji neurologji i psychjatrji XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

Streszczenie.

Rola ośrodków podkorowych stała się przedmiotem licznych badań fizjologicznych dopiero w ostatnich dziesięcioleciach, kiedy klinika i anatomja patologiczna dostarczyła poważnego materjału, świadczącego o wybitnem i w znacznym stopniu samodzielnem stanowisku tego zespołu. Wcześniejsze nieliczne badania nie dawały dostatecznej podstawy do jasnego sprecyzowania wniosków, głównie z powodu dużych trudności techniczno - operacyjnych, jakie się w tego rodzaju doświadczeniach nasuwały przy jednoczesnym braku w owym czasie wyraźnych wskazówek ze strony kliniki i anatomji patologicznej, pozwalających na kontrolowanie wyników doświadczeń fizjologicznych. Już jednak od czasu słynnych doświadczeń Goltza z 1892 roku z usuwaniem psom półkul mózgowych, a także późniejszych analogicznych doświadczeń na małpach, kiedy przekonano się, że nawet tak operowane zwierzęta zachowują jeszcze zdolność wykonywania dość skomplikowanych ruchów lokomocyjnych, zaczęło się ustalać przekonanie, że oprócz ośrodków koro-

wych i dróg piramidowych muszą istnieć także w niższych, głębiej podkorowo leżących częściach mózgu ośrodki i drogi ruchowe. Dopiero jednak prace C. i N. Vogtów oraz Wilsona (1911-1912 r.) nadały określony kierunek badaniom fizjologicznym w tej dziedzinie, stwarzając podstawę do anatomicznego i fizjologicznego wyosobnienia t. zw. układu ruchowego pozapiramidowego, do którego dzisiaj zaliczamy oprócz ściśle podkorowych ośrodków także dalsze skupiska szarej substancji, jak corpus Luysii, substantia nigra, nucleus ruber, a nawet nucleus dentatus. Krytyczny przegląd licznych doświadczeń tej serji, wykonanych przez Vogtów, Wilsona, Pachon, Lewego, Edwarda i Baggsa, L. Morgana, Rottmanna, Dresela, Roussy, Bechtierewa, Prusa, Economo, D'Abundo, Sherringtona, Magnusa, Rademakera i innych, pozwala już dzisiaj ustalić pewien punkt widzenia dla porównawczego osądzenia danych fizjologicznych i kliniczno - anatomicznych w zakresie czynności układu ruchowego pozapiramidowego. Reasumując cały obfity materjał doświadczalny fizjologiczny i porównując go z danemi klinicznemi, musimy stwierdzić, że pewne zagadnienia zostały dostatecznie wyjaśnione, inne czekają dopiero na wyjaśnienie. Nie ulega dziś wątpliwości, że nawet zwierzęta, stojące wysoko na drabinie rozwojowej i których układ korowopiramidowy jest silnie zaznaczony, posiadają jednak drugi, filogenetycznie starszy, pozapiramidowy układ dla wypełnienia niektórych czynności ruchowych. Układ ten, którego anatomicznym odpowiednikiem są ośrodki podkorowe łącznie z corpus Luysii, substancją czarną, jądrem czerwonem i zębatem oraz schodzącemi do rdzenia szlakami Monakowa, wysuwa się na plan pierwszy u zwierząt niższych, ustępując coraz bardziej miejsca u zwierząt wyższych układowi korowopiramidowemu. Zachowuje on jednak nawet w tym przypadku zdolność samodzielnego w pewnym stopniu działania oraz możność kompensowania w dość szerokich granicach uszkodzeń funkcjonalnie wyższego, ale rozwojowo młodszego odeń, systemu dróg ruchowych piramidowych. Doświadczenia na zwierzętach wzbogaciły też w dużym stopniu nasze wiadomości, dotyczące fizjologicznego napięcia różnych grup mięśniowych, warunkującego zarówno normalną pozycję ciała jak i odpowiedni przebieg czynności ruchowej. Wyniki doświadczalne na zwierzętach nie dadzą się jednak całkowicie przenieść na układ nerwowy ludzki i dlatego nie mogą dziś jeszcze dać jasnej odpowiedzi na niektóre zagadnienia i wątpliwości, jakie wysunęła klinika w zakresie zaburzeń regulacji napięcia mięśniowego w ustroju czło-

wieka. Badania bowiem na zwierzętach wysunęły na pierwszy plan rolę jądra czerwonego, jako głównego regulatora normalnego napięcia mięśniowego, nie dając w jaskrawem przeciwieństwie do materjału kliniczno - sekcyjnego ludzkiego, dostatecznych podstaw do przypisywania w tym stopniu podobnego wpływu wyższym członom układu pozapiramidowego, a przedewszystkiem ośrodkom ściśle podkorowym. Rozbieżność, może nawet bardziej pozorna niż istotna, między kliniką i doświadczeniem laboratoryjnem spowodowana jest w dużym stopniu okolicznością, że dla fizjologa materjał ludzki, jeżeli chodzi o planowy eksperyment, jest z natury mało albo i wcale niedostępny i jest on zdany na materjał zwierzęcy i to w wielu przypadkach znacznie ograniczony. Uszkodzenie patologiczne, stwierdzone na sekcji człowieka, dotyczą zmian wyższych ośrodków podkorowych, jak striatum i pallidum, natomiast jądro czerwone, które jest, jak widzieliśmy, najbardziej decydującym punktem pod tym względem układu pozapiramidowego zwierząt, nie wykazywało żadnych albo bardzo małe zaledwie zniszczenia w tych przypadkach. Dla fizjologa pewną korektą i uzupełnieniem wniosków, zdobytych na materjale zwierzęcym, są opisy zachowania się noworodków ludzkich, pozbawionych wyższych części mózgowia. Okazuje się bowiem, że u noworodków tych nawet ograniczone braki mózgu, gdzie nietylko jądro czerwone było nienaruszone ale i całe międzymózgowie łącznie z pallidum i częścią striatum było normalnie rozwinięte, powodowały już, w przeciwieństwie do obserwacji na zwierzętach, wyraźną sztywność mięśniową z obniżeniem zdolności ruchowych w znacznie większym stopniu, niż to spostrzeżono u psów, pozbawionych półkul mózgowych. Uzasadnione jest więc przypuszczenie, że u człowieka do utrzymania odpowiedniego napięcia mięśniowego sprawność funkcjonalna samego jądra czerwonego już nie wystarcza, lecz potrzebna jest także normalna czynność wyższych części układu pozapiramidowego. Różnica pomiędzy obrazem klinicznym i wynikami doświadczenia może również zależeć od niejednakowych zupełnie warunków obserwacji w pierwszym i drugim przypadku, a mianowicie powolny rozwój zmian mózgowych w przypadkach klinicznych i nagły, brutalny zabieg operacyjny w doświadczeniu laboratoryjnem. Przyczyny tych różnic stają się jeszcze bardziej zrozumiałe w świetle nowych faktów w zakresie mechanizmu wzajemnego działania na siebie poszczególnych części układu nerwowego. Fakty te wskazują, że pobudliwość neuronów obwodowych, ru-

chowych i czuciowych, ulega wybitnym zmianom, jeżeli stracą one łączność z układem ośrodkowym. Pobudliwość nerwów obwodowych ulega zmianie nietylko w przypadkach uszkodzenia ich połączeń z własnym najbliższym ośrodkiem, ale również po usunięciu tylko półkul mózgowych lub międzymózgowia. We wzajemnem na siebie oddziaływaniu poszczególnych części układu nerwowego odgrywa decydującą rolę, jako ogniwo pośrednie, układ współczulny i obokwspółczulny, regulujący stopień pobudliwości nerwów obwodowych. Te wszystkie okoliczności muszą być brane pod uwagę przy ocenie zmian funkcjonalnych, występujących w doświadczeniu laboratoryjnem, a także i w obrazie klinicznym.

W. ŁUNIEWSKI

POJĘCIE POCZYTALNOŚCI W POLSKIM KODEKSIE KARNYM 1932 r.

Nowy Polski Kodeks Karny, obowiazujący od 1. IX. 1932 r. posiada pewne podobieństwo z Kodeksem rosyjskim z 1903 r. wprowadza jednak szereg nowych zasad. W szczególności „Zasady odpowiedzialności", ujęte w II rozdziale nowego Kodeksu różnią go bardzo wybitnie od wszystkich kodeksów karnych, które z dniem 1. IX. 1932 r. utraciły moc prawną na ziemiach polskich. Nowy Kodeks Karny formułuje zasadę wyłączenia z pod karzącej mocy ustawy w ten sposób, że unika całkowicie mglistego wyrażenia „niepoczytalności" i „nie poczytywania czynu karalnego" oraz niefortunnego negowania czynu karalnego, jeśli został dokonany przez osobę psychicznie chorą (§ 51 K. K. niem.: czyn karalny nie zachodzi") używając na to miejsce wyrażenia: „*nie podlega karze...*", które usuwa potrzebę jałowych dociekań, czy zbrodnia, dokonana przez psychicznie chorego jest zbrodnią, czy nią nie jest, czy może ona być mu „poczytaną", czy też korzysta z przewileju „niepoczytalności".

Nowy Kodeks Karny zrywa z tradycją klasycznej szkoły prawa karnego, z tradycją indeterministycznego pojmowania winy i ściśle biorąc, obchodzi się bez pojęcia poczytalności czy niepoczytalności.

Zasadniczy artykuł 17, dotyczący wyłączenia od karzącej mocy ustawy, opiera się na formule mieszanej biologiczno - psychologicznej, podobnie jak art. 39 dawnego Kodeksu rosyjskiego i § 51 dawn. Kod. niemieckiego i całkowicie odmienne niż art. 2 Kod.

austryjackiego, od którego zapożycza jedynie ograniczenie, zawarte w § 2 i dotyczące umyślnego wprowadzenia się w stan zakłócenia czynności psychicznej, w zamiarze dokonania przestępstwa. Art. 18 nowego Kodeksu Karnego wprowadza w zasadę „*nadzwyczajnego łagodzenia Kary*" w stosunku do osób, które w chwili popełnienia przestępstwa miały „zdolność rozpoznawania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem" „*w znacznem stopniu ograniczoną*". Nowy Kodeks Karny wprowadza tym sposobem zasadę, która w nomenklaturze dawnej — indeterministycznej omawiana była pod nazwą „zasady poczytalności zmniejszonej". W formule nowego Kodeksu termin ten nie da się zastosować, ponieważ Kodeks wogóle pojęcie „poczytalności" wykreślił ze swego słownictwa.

§ 2 art. 18-go zawiera bardzo doniosłą innowację, zabraniającą sądom stosowania „nadzwyczajnego złagodzenia kary" w tym przypadku, „gdy ograniczenie zdolności" „jest skutkiem odurzenia, wynikającego z winy sprawcy". Nowy Kodeks Karny skreślił z artykułów, wyłączających karę wszelkie przepisy praktyczne, dotyczące ochrony społecznej w stosunku do osób, niebezpiecznych dla otoczenia, którym poświęca osobny rozdział XII, dotyczący „środków zabezpieczających".

Potrzebę internowania w zakładzie osoby nieodpowiedzialnej lub mającej zmniejszoną zdolność rozpoznawania lub kierowania postępowaniem nowy Kodeks pozostawia całkowicie uznaniu Sądu, nie uzależniając tej potrzeby od rodzaju dokonania przestępstwa (jak to czynił Kodeks 1903 r.) lecz jedynie od tego, czy „pozostawienie sprawcy czynu na wolności grozi *niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu.* (a nie niebezpieczeństwem dla otoczenia, jak w K. K. 1903 r.).

Nowy Kodeks Karny określa minimalny czas pobytu w zakładach osób, nie podlegających karze z powodu nieodpowiedzialności oraz daje Sądowi prawo umieszczenia przestępcy alkoholika po ewentualnem odbyciu kary w odpowiednim zakładzie leczniczym na czas, nie przekraczający 2-ch lat. W dalszym ciągu referatu prelegent zajmuje się szczegółową egzegezą przepisów art. 17 i 18 określających zasady odpowiedzialności, oraz art. 70, 80, 81 i 82, dotyczących środków zabezpieczających.

ST. BATAWIA.

BIOLOGJA KRYMINALNA, JEJ CELE I METODY ORAZ OBECNY STAN BADAŃ BIOLOGICZNO - KRYMINALNYCH.

Referat ukazał się w druku w zesz. 2 gim „Archiwum kryminologicznego".

Referent omawia cele i metody badań biologiczno - kryminalnych, podkreślając znaczenie tych badań nietylko dla nauki, ale i dla praktyki sądowej i penitencjarnej. Badania te przyczyniają się do zasadniczego zwrotu w prawie karnem w kierunku pozytywistycznym, przerzucając punkt ciężkości z przestępstwa na osobę przestępcy.

Po omówieniu metod prac biologiczno - kryminalnych w poszczególnych krajach referent uzasadnia konieczność powierzania tych badań wyłącznie lekarzom psychjatrom, należycie wyszkolonym kryminologicznie i antropologicznie, i ustosunkowuje się bardzo krytycznie do tych prac biologiczno - kryminalnych, które wykonywane są przez zwykłych lekarzy więziennych i osoby z pośród personelu więziennego.

Analizując dotychczasowe wyniki badań biol. - kryminalnych referent omawia kolejno kwestje klasyfikacji typów konstytucjonalnych (somatycznych i psychicznych) pod kątem widzenia kryminalno - biologicznym, trudności na jakie napotykamy przy rozpatrywaniu grupy przestępców, zaliczanych do psychopatów, wykazując brak ścisłych kryterjów i duże prawdopodobieństwo dowolności przy klasyfikacji u poszczególnych badaczy.

W końcu referent krytykuje metody rozpoczętych u nas niedawno oficjalnych badań biologiczno - kryminalnych, które powierzono zwykłym lekarzom więziennym, zupełnie nieprzygotowanym do pracy na terenie biologji kryminalnej, oraz funkcjonarjuszom administracji więziennej, którzy nie są oczywiście w stanie sprostać tym zadaniom. Błędnie ułożony kwestjonarjusz, pobawiony zupełnie danych objektywnych, nad wyraz powierzchownie i fragmentarycznie ujmujący badanie psychologiczne, w zestawieniu z powierzeniem tych prac niewykwalifikowanym jednostkom każą ustosunkować do przyszłych rezultatów tych prac z dużem niedowierzaniem.

Dr. M. SYROTA i Dr. W. TERAJEWICZ.

BADANIA NAD ZAWARTOŚCIĄ BROMU WE KRWI U PSYCHICZNIE CHORYCH.

W roku 1929 podaną została przez Romana i Pincussena mikrochemiczna metoda do badania zawartości halogenów we krwi.

Metoda ta z jednej strony umożliwiła jednoczesne badanie zawartości jodu, bromu i chloru w organicznych substancjach, z drugiej zaś strony pozwoliła wykazać zawartość tych halogenów mniej-więcej dokładnie nawet w dosyć małych ilościach. Oparte na tej metodzie wielokrotne badania autorów niemieckich, przedewszystkiem Zondeka i Biera, wykazały, że zawartość bromu we krwi ludzi zdrowych psychicznie i fizycznie wynosi lmg, czyli 100 gamma proc.*). Jednocześnie stwierdzono, że podawanie bromu per os nie miało wpływu na zmianę zawartości go we krwi. Natomiast u ludzi psychicznie chorych w okresie podniecenia psychicznego lub depresji, ilość bromu jest obniżoną, czasami dosyć znacznie, np. do 300 gamma proc. Nie stwierdzono obniżenia zawartości bromu przy zachorzeniach somatycznych, (choroby serca, gruźlica, choroby infekcyjne), jak również w chorobach psychicznych pochodzenia organicznego i nowotworów mózgu. Nie mają też wpływu na zawartość bromu pory roku, jak również niektóre stany fizjologiczne, jak naprz. okres menstruacyjny.

W badaniach naszych, rozpoczętych w styczniu r. b. mieliśmy na celu 1-o częściowe sprawdzenie wyników, otrzymanych przez autorów niemieckich, 2-o stwierdzenie zawartości bromu we krwi u psychicznie chorych w okresie menstruacyjnym. Skoniły nas do tego oddawna znane spostrzeżenia, że w czasie menstruacji występują często zaburzenia psychiczne i nerwowe, objawiające się nadmierną drażliwością, czasami dochodzącą do afektu patologicznego i działania przymusowego. U kobiet psychopatycznych i psychicznie chorych występuje często w tym czasie znaczne podniecenie. Napady epileptyczne są często związane z tym okresem. Ewald podkreślił związek pomiędzy stanami manjakalno - depresyjnemi, a perjodami. U samobójczyń według Pilza, stwierdzono w 35 proc. okres menstruacyjny. Zaburzenia w miesiączkowaniu w przebiegu chorób psychicznych, lub przed ich wystąpieniem, podkreślają rolę, jaką odgrywają gruczoły o wydzielinie wewnętrznej w powstawaniu i przebiegu psychozy.

Dotychczasowy materjał nasz obejmuje 70 przypadków, z których 25 dotyczy pacjentek w okresie menstruacji. O ile u kobiet zdrowych krew badana na zawartość bromu w okresie menstruacji wykazała normę, to u psychicznie chorych w 64 proc. zawartość bromu w tym czasie była obniżona w granicach od 120 ga-

*) gamma = 1/1000 miligrama.

ma proc. do 316 gamma proc. Przypadki te dotyczyły przeważnie schizofreniczek, znajdujących się w okresie względnego spokoju. Reszta materjału obejmuje zarówno kobiety, jak i mężczyzn, przyczem pobieraliśmy krew w okresach podniecenia lub depresji, w przebiegu schizofrenji, psychozy okresowej i w okresie przekwitania. We wszystkich tych przypadkach, zgodnie z badaniami naszych poprzedników, stwierdziliśmy obniżenie ilości bromu we krwi nawet do 320 gamma proc.

Badania nasze wykonaliśmy według uproszczonej metody Romana i Pincussena, podanej przez Biera i Romana.

Dr. ST. ŚWIERCZEK i Dr. KAISER - ŚWIERCZKOWA.

ODCZYN OPADANIA KRWI W PSYCHOZACH.

Streszczenie.

We wstępnej części referatu przedstawiają autorzy dotychczasowy stan zagadnienia i przytaczają najważniejsze dane z odnośnej literatury. Następnie opisują własne badania wykonane metodą Linzenmeiera u 194 chorych (15 mężczyzn, 179 kobiet), z której to liczby zestawiają w wynikach tylko 165 badanych ze względu na istniejące u 29 chorych komplikacje cielesne. Na 16 przypadków stanów poencefalitycznych stwierdzono w 50 proc. przyspieszenie (powyżej 100 minut).

Przyspieszenie opadania wykazało następnie we wszystkich przypadkach (28) porażenia i to w większości przypadków poniżej 100 minut. Na 28 przypadków epilepsji stwierdzono w 66,5 proc. skrócenie czasu sedymentacji, przyczem po napadach występowało zwykle dalsze przyspieszenie, rzadziej zaś opóźnienie opadania. 77 proc. przypadków grupy psychozy manjakalno - depresyjnej charakteryzowało się przyspieszeniem, co autorzy podkreślają jako pierwszy tego rodzaju wynik w literaturze. Zbadano wreszcie 73 przypadki schizofrenji i stwierdzono zawsze przyspieszenie w grupie katatonji i schizofrenji paranoidalnej, b. często w grupie hebefrenji (84 proc.), często w pozostałej (46) grupie przypadków (schizophrenia simplex + stany końcowe), bo w 69,6 proc. Chorych badano conajmniej 2 razy, często 3 razy, epileptyków jeszcze częściej. Odczynu opadania krwi jako reakcji niespecyficznej, nie można jeszcze ogólnie stosować w djagnostyce różniczkowej w psychjatrji. Często jednak może być przydatny. Potrzebne są dalsze badania.

WYTYCZNE OPIEKI NAD PSYCHICZNIE CHORYMI ZWŁASZCZA POZOSTAJĄCYMI PO ZA MURAMI ZAKŁADU.

Rzecz odczytana na XIV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich. Sekcja Psychjatryczna.

Podał T. ŁAPIŃSKI.

Zakład psychjatryczny leczy chorych, kształci i wychowuje personel lekarski i pomocniczy. Na pierwszym planie stać winno dobro chorego. Nie wystarczy dać choremu pomoc lekarską — personel lekarski winien odpowiednio chorego wychowywać. Przedewszystkiem zaś należy dzień zakładowy ułożyć w taki sposób by pupil nasz nie miał czasu na rozmyślanie o swych złudzeniach, nastawieniach i urojeniach, by z powodu dłuższego pobytu w zakładzie nie wpadał w pesymizm. Pozatem należy każdego chorego indywidualizować i nakłaniać do pracy, stosownie do uzdolnienia, upodobania i sił. Wogóle personel lekarski ma wielkie obowiązki i zadania do spełnienia na oddziałach psychjatrycznych. Nie wystarcza przejść przez oddział wysłuchać chorego skarg i poradzić na tę lub inną dolegliwość fizyczną, należy pozostawać z chorym dłużej na salach szpitalnych, zaznajamiać się z ich psychologją, indywidualizować ich, gdyż w taki tylko sposób można będzie poznać swych chorych, pozyskać ich zaufanie i dopiąć, by wziął się do pracy i nie czuł się osamotnionym. Praca lekarza na oddziale winna być jednakowo honorowana, jeżeli nie więcej, jak ogłaszanie dzieł naukowych; byt lekarza psychjatry winien być zabezpieczonym odpowiednią gażą, która co pewien ściśle określony czas musi być podwyższona.

Dotychczas pielęgnowanie chorych w zakładach psychjatrycznych spoczywa głównie na barkach personelu pielęgniarskiego. Personel lekarski leczy i wykonywa tylko funkcje kierownicze. Dlatego tak wielką rolę gra w zakładach leczniczych element pielęgniarski.

Należy się przeto wielkie uznanie dyrektorowi Zakładu w Dziekance Sz. Panu Doktorowi A. Piotrowskiemu za Przewodnik Pielęgniarski dołączany do Nowin Psychjatrycznych. Dobrym pielęgniarzem należy się urodzić; jest to pewnego rodzaju talent cierpliwości, dobroci i sumienności. Dlatego samo wykształcenie nie wystarczy. Oczywiście pewien zasób wiadomości jest konieczny.

Sama szkoła pielęgniarska również nie może rozciągać się na lata, niezbędna jest praktyka oddziałowa. Nie wiem z jakiego

powodu mówi się tylko o kobietach pielęgniarkach. Niedawno w Londynie założono szkołę pielęgniarską dla mężczyzn, uczniowie odznaczali się nadzwyczajną łagodnością, pojętnością i cierpliwością. Osobiście pracę mężczyzn na męskich oddziałach psychjatrycznych stawiam wyżej od pracy kobiet na oddziele kobiecym; mężczyźni są więcej zrównoważeni, roztropniejsi, samodzielniejsi i nie tak drobiazgowi, wreszcie posiadają rzecz nie do pogardzenia większą siłę fizyczną.

Stosownie do odpowiedzialności winna być wynagradzana praca pielęgniarska, byt pielęgniarza(ki) winien być zabezpieczony, pensja zaś w miarę zasług co pewien ściśle określony czas powiększana.

Do niedawna hołdowano w psychjatrji zasadzie, by chorego psychicznie oddawać do zakładu niezwłocznie po ujawnieniu zaburzeń psychicznych i trzymać w nim aż do wyzdrowienia. Pomiędzy innemi uzasadniało się to obawą, że chory stać się może niebezpieczny dla siebie lub otoczenia. Obecnie przeważa tendencja nie spieszyć się z umieszczeniem chorego w zamkniętym zakładzie. Przeniesienie chorego z domu do zakładu z jego surowo przestrzeganemi przepisami i ograniczeniami zwęża rozpiętość świata otaczającego, wykoleja chorego i musi być przykre dlań zwłaszcza, że wielu z naszych pupili woli własne skromne mieszkanko na wolności, niż obszerne nawet z komfortem urządzone oddziały zakładowe.

Chorzy w domu, pozostający w kontakcie z otoczeniem i sprawami bieżącemi, łatwiej odrywają się od swych chorobliwych nastawień i urojeń, szybciej dochodzą do równowagi od swych towarzyszy, umieszczonych w zakładzie i odciętych od świata. Czy to nie ważniejsze od ujemnych stron pobytu we własnym domu. Mniemam, że tylko wrazie stwierdzonego przez lekarza niebezpieczeństwa dla siebie i otoczenia, lub, gdy ma się do czynienia z osobnikiem pozbawionym opieki, konieczne jest umieszczenie chorego w szpitalu.

Do niedawna trzymano w zakładzie psychicznie chorych aż do ustąpienia zaburzeń psychicznych. Bleuler i inni psychjatrzy jeszcze przed wojną podnosili dobroczynny wpływ wczesnego wypisywania psychicznie chorych. Wojna z jej nędzą zmuszała zakłady psychjatryczne do wczesnego wypisywania chorych, nie czekając wyzdrowienia. Obecnie coraz częściej daje się słyszeć zdanie, że długotrwałe internowanie w zakładzie, jeżeli jest stoso-

wane lekkomyślnie i bez naglącej potrzeby, ujemnie się odbija na zdrowiu psychicznem, zwłaszcza jeśli chory pozostawiony jest w zakładzie własnym siłom i pędzi w nim żywot próżniaczy.

Najwięcej się nadają do wczesnego opuszczenia zakładu schizofrenicy, nie nadają się chorzy erotycznie nastrojęni, przypadki psychozy manjakalno-depresyjnej i większość organicznych psychoz sensu strictiori, wogóle chorzy zagrażający bezpieczeństwu i moralności publicznej; alkoholicy i narkomani zwłaszcza na początku leczenia winni stale być pod opieką psychjatry, co pewien czas internowani. Oczywiście każdy poszczególny przypadek przed opuszczeniem zakładu winien być wszechstronnie oświetlony. Początkowo obawiano się bardzo wczesnego wypisywania, rozpisana jednak ankieta stwierdziła płonność obaw. Wielu autorów uważa wczesne wypisywania za środek radykalny na przepełnienie zakładu, oczywiście pod warunkiem: raz, że chorzy w zakładzie byli odpowiednio leczeni, wychowani i wdrażani do pracy, powtóre, że istnieje przy zakładzie zorganizowana psychjatryczna opieka z fachowo wyszkolonym personelem nad chorymi pozostającymi po za szpitalem. Pożądanem jest również, by społeczeństwo było pouczane co do choroby psychicznej i postępowania z obłąkanymi przedewszystkiem zaś należy przy każdej sposobności wytłomaczyć szerokim warstwom ludności, że nie ma przyczyny bać się wszystkich psychicznie chorych, przeciwnie. należy przekonywać otoczenie, że większość chorych w zupełności nadaje się do spółżycia z ludźmi, i że przy odpowiedniem postępowaniu stają się pożytecznymi członkami społeczeństwa, oczywiście jest to możliwe jedynie pod warunkiem, że będą oni w zależności od stanu chorobowego pozostawać pod opieką psychjatry i odpowiednio wyszkolonego personelu pomocniczego.

Ilość chorych psychicznie w Polsce z dnia na dzień rośnie i dosięga do 100.000

Pomimo, że miejsc w zakładach Polska posiada tylko koło 15.000; w wielu zakładach pozostają stale wolne miejsca. Nie mają na opłacenie zakładów jednostki prywatne, instytucje samorządowe i t. d. nie mają również pieniędzy na budowę i eksploatację zakładu zwłaszcza, że bez racjonalnie postawionej opieki pozazakładowej, zakład nawet największy szybko się zapełni i wypadnie budować coraz to nowe, i tak bez końca.

Przy takim stanie rzeczy, cała rzesza psychicznie chorych pozostaje bez opieki psychjatrycznej, lub też dostaje się w ręce

osób niepowołanych i niewykwalifikowanych, jednem słowem położenie psychicznie chorych pozostaje nadal rozpaczliwem.

Pisze się o tem wiele w pismach specjalnych i codziennych, mówi się o tem na zebraniach instytucyj rządowych, komunalnych, rozwiniętych towarzystw i t. d.

Naczelna Izba lekarska proponuje tworzyć okręgi psychjatryczne z dyrektorami zakładów psychjatrycznych na czele; tutaj publiczny szpital stanowiłby punkt ośrodkowy.

Nadzór nad psychicznie chorymi okręgu pod względem fachowym należałby do dyrektora zakładu psychjatrycznego. Lekarz powiatowy miałby obowiązek rejestracji chorych psychicznie znajdujących się poza zakładami — opiekę właściwą wykonywałby lekarz psychjatra z odpowiednim personelem pomocniczym, delegowany do służby zewnętrznej z pośród lekarzy zakładu psychjatrycznego. Poza leczeniem, kształceniem i wychowaniem chorych, zakład, zwłasza znajdujący się na prowincji, winien szerzyć w koło siebie kulturę ogólną, popularyzować psychjatrję wśród szerszej publiczności, za pomocą odpowiednich wydawnictw, broszurek, ulotek, czytanek, pogawędek, audycji z radja i t. d. Praca nie łatwa, dlatego do pracy tej zakład winien wciągać jednostki chętne do pracy społecznej, istniejące na danym terenie towarzystwa społeczne, urzędy samorządowe i państwowe.

Dla ułatwienia pracy sobie, zakłady psychjatryczne winne organizować towarzystwa, koła, któreby spółdziałały w opiece nad psychicznie chorymi.

Sprawa się wikła w miejscowościach jak n. p. nasze Kresy wchodnie, gdzie nie ma prawie zakładów psychjatrycznych. Tutaj społeczeństwo ze swych kadr winno wyłonić do życia Towarzystwa, Koła, Kółka opieki nad psychicznie chorymi.

Nie odrazu można będzie wywalczyć fundusze na proponowanych przez Izbę lekarską psychjatrów okręgowych i personel pomocniczy, więc i tutaj nawet w miejscowościach z zakładami Towarzystwa, Koła, Kółka ukażą się wielce pożyteczne, zwłaszcza, że władze państwowe i samorządowe łacniej udzielą funduszów instytucjom już działającym.

Nastroje społeczeństwa, zubożenie kraju, wreszcie zapatrywania psychjatrów przenoszą punkt ciężkości opieki nad psychicznie chorymi poza mury zakładu.

Nacisk główny przy organizowaniu opieki pozazakładowej należy położyć na roztoczenie opieki przedewszystkiem na sferę

najbiedniejszą. W przeciwstawieniu do czasów przedwojennych, kiedy oddawano chorych psychicznie pod opiekę rodzin obcych; proponuję, wzorem Kolta z Erlangen, opiekę pozazakładowąześrodkować na umieszczanie odpowiednich chorych za pewną opłatą w ich własnych rodzinach, gdyż kto, jak nie najbliżsi, powołani są do pamiętania o swych krewnych. W razie, gdy chory nie posiada rodziny, lub gdy własna rodzina nie nadaje się do opiekowania psychicznie chorymi, umieszcza się chorych w rodzinach obcych. Nad pozostającymi poza murami zakładu obłąkanymi winien być odpowiednio zorganizowany dozór psychjatryczny mniej lub więcej pilny stosownie do stanu zdrowia danej jednostki. Dlatego to opieka pozazakładowa może funkcjonować racjonalnie tylko pod kierunkiem i kontrolą zakładu psychjatrycznego. Gdzie zakładów psychjatrycznych brak, powołać do życia należy ciała społeczne, któreby przyjęły na siebie obowiązek opiekowania się psychicznie chorymi, pozostającymi po za murami szpitala. W pracy nad psychicznie chorymi zestrzelić się winna działalność wszystkich instytucyj państwowych, samorządowych, społecznych i osób prywatnych, na niwie społecznej pracujących. Za ośrodek wybrałbym miasto wojewódzkie, skąd działalność promieniowałaby na starostwa, a z miast powiatowych na okoliczne miasteczka i wsie. Dla uskutecznienia naszych zamierzeń, należy zorganizować odpowiednią propagandę, która winna dotrzeć do najodleglejszych wiosek, wypadnie pisać odpowiednie powiastki, broszury, kreślić ulotki, urządzać odczyty, pogadanki zwykłe i przez radio, zwłaszcza ważne jest uświadamianie społeczeństwa o istocie choroby psychicznej, o samych chorych i metodach postępowania z nimi, wreszcie o niezbędności zaopiekowania się nimi, gdyż w taki tylko sposób przestanie większość ich być ciężarem społeczeństwa, a wprost przeciwnie wielu z nich stanie się pożytecznymi członkami społeczeństwa. Istniejące Zakłady, towarzystwa winny przedewszystkiem zwracać uwagę, by nadzór nad chorymi znajdującymi się po za murami Zakładu a szczególnie w rodzinach obcych, był odpowiednio zorganizowany. Pomoc należy indywidualizować. Opiekowani winni pracować, w razie potrzeby tworzyć wypadnie świetlice, gdzieby chorzy z danej miejscowości się zbierali, pracowali, w święta zaś spędzali czas na pogadankach i rozrywkach. Świadczenia moralne i materjalne pod postacią pożyczek trwać winny tylko czas pewien. Specjalna uwaga winna być zwrócona na chorych pozostających w rodzinach obcych.

Pamiętać należy, że nie tak łatwo znaleźć odpowiednią rodzinę i uchronić chorego od wyzysku i innych nadużyć. W rodzinach własnych opieka jest tańsza i pewniejsza. Jaki system wybrać — adneksyjny, kiedy na terenie w około Zakładu lub Towarzystwa pozostają poszczególne ogniska opieki pozazakładowej, czy też dyspersyjny, inaczej kolonialny, kiedy się w danej miejscowości skupia większa ilość chorych — czas pakaże.

Zawsze jednak pamiętać należy, że bez psychjatry z wyszkolonym personelem o prosperowaniu podobnych instytucyj mowy być nie może. Działalność istniejących i mających w przyszłości powstać Towarzystw, Kół, należy uzgodnić, by nadać naszej działalności jednolity charakter i kierunek, łatwiej będzie w takich warunkach prowadzić wspólną propagandę, wyszukiwać odpowiednich ludzi, wreszcie dzielić się osobistem doświadczeniem. Czy powstanie Polskie Tow. Opieki nad psychicznie chorymi, czy też związek istniejących towarzystw, jest rzecz drugorzędna, ważnem jest, by działalność została uzgodniona i ujęta w jedno łożysko.

Rzeczą było by również pożyteczną, by zakłady częściej komunikowały się między sobą, dzieliły się swem doświadczeniem, uzgadniały w miarę możności swoją pracę.

Reasumując dochodzę do wniosków:

1) Wobec zapatrywań psychjatrów, którzy nie radzą spieszyć się z umieszczaniem ps. chorych w zakładach, a przeciwnie przestrzegają przed przedłużaniem ponad konieczność pobytu ich w zakładzie,

2) Wobec całej rzeszy chorych, którzy nie wymagają lub nie mogą dostać się do zakładów, uważam tworzenie towarzystw, kół opieki nad psychicznie chorymi za rzecz konieczną i nadzwyczaj pilną. Dla ułatwienia zadania Towarzystwa te koła pomiędzy sobą winne się łączyć.

Zakłady również winny się między sobą komunikować.

Zjazdy psychjatryczne powinny w myśl uchwał poświęcać jeden dzień na psychjatrję społeczną w ścisłem słowa tego znaczeniu.[1])

Dr. GUSTAW BYCHOWSKI (Warszawa)

PRZESTĘPCA W ŚWIETLE PSYCHOANALIZY.

Nauka psychoanalityczna znajduje rozległe zastosowanie, w badaniu czynów występnych, dla danego osobnika stałych lub wy-

---

[1]) Na zjeździe ostatnim sprawę opieki zbagatelizowano; poszczególne odczyty umieszczono luzem i odkładano na ostatnią chwilę. (Przypisek autora streszcz.)

jątkowych. Świadoma celowość przestępstwa okazuje się nieraz tylko racjonalizacją, poza którą kryją się odmienne nieświadome motywy i powiązania, których mechanizm znamy skądinąd z nauki o marzeniach sennych i o nerwicach. U przestępcy neurotycznego akcja odgrywa rolę objawów. Analiza takich osobników wykazuje zaburzenia w strukturze popędowej i w rozwoju ponad-jaźni jako uosobienia instancyj normatywnych. Szczególnie doniosłe okazuje się tutaj uwzględnienie wyodrębnionego przez Freuda typu przestępcy, który dokonywuje przestępstwa w celu odciążenia dręczącego nieświadomego poczucia winy.

Obok neurozy i charakteru neurotycznego dużego kontyngentu przestępców dostarczają charaktery popędowe i perwersyjne. Popędy cząstkowe, które przeważają w strukturze charakteru perwersyjnego kryminalnego, mają najczęściej zabarwienie sadystyczne, zaburzenia w rozwoju ponad-jaźni polegają bądź na jej niedorozwoju, bądź też na wytworzeniu się szczególnej postaci, którą określamy jako ponad - jaźń przestępcza. Przestępstwo wyjątkowe, czy to pod wpływem namiętności, czy też jako wyładowanie przygotowującego się przez czas dłuższy napięcia patologicznego lub powstającego w granicach normy, wymaga dla swego zrozumienia psychologji głębinowej.

Zastosowanie psychoanalizy przy postępowaniu sądowem może się odnosić zarówno do postępowania dowodowego i oceny poszlak, jako też do oceny zeznań i motywów przestępcy. Konieczna jest tutaj oprócz głębokiej znajomości przedmiotu ostrożność i zdawanie sobie sprawy z granicy, jaka dzieli rozumienie motywów od ustalenia sprawcy.

Z pośród zasadniczych zagadnień kryminologicznych, do których wyjaśnienia przyczynia się psychoanaliza w znacznym stopniu, wymienić należy sprawę exogenezy i endogenezy przestępstwa i przestępczości. Zrozumienie tej sprawy pozwala stworzyć podstawy racjonalnej profilaktyki społecznej i pedagogiczno-leczniczej, która potrafi zapobiec przedewszystkiem rozwojowi przestępczości nieletnich. Trzeba zaznaczyć, że działanie czynników gospodarczych, których rola w powstaniu przestępczości jest tak ogromna, nabiera w świetle psychoanalizy głębszego znaczenia.

Psychoanaliza stawia w zupełnie nowem świetle również i psychologję społeczeństwa karzącego. Zrozumienie psychologji sędziego a nawet i prawodawcy, pozwoli na udoskonalenie postępowania karnego, któremu odejmie charakter odwetu, pozostawiając

jedynie motywy rozumnej celowości. Na zakończenie omawia autor rolę psychoanalizy w orzecznictwie sądowo lekarskim.

* * *

Równocześnie z XIV zjazdem lekarzy i przyrodników polskich i IV Zjazdem ogólnosłowiańskim urządzono wystawę lekarskoprzyrodniczą z oddziałem psychjatrycznym, dla którego, jako miejsce wyznaczono Wojewódzki Zakład Psychjatryczny w Kościanie.

Wystawa psychjatryczna w Kościanie znalazła pomieszczenie w poświęconych na ten cel pawilonach Zakładu. Poszczególne zakłady wystawiły cały szereg fotografij, tablic, wykresów, mających na celu podanie danych statystycznych, sposobów leczenia i t. p. Wystawiono i wydawnictwa, jak n. p. roczniki Nowin Psychjatrycznych ze spisem wydanych oryginalnych prac ogłoszonych przez poszczególnych autorów.

Wśród eksponatów zwracały uwagę wyroby o przeznaczeniu praktycznem, jak chodniki, fartuchy, firany, płótna pościelowe, kilimy, obrusy, wśród nich obrus na ołtarz, stoliki do szachów, taborety, wyroby artystyczne, jak rzeźby, obrazy. Można było oglądać teki prac malarskich, fotografje dzieł architektonicznych, wykonanych, przez pacjentów. Szczególnie piękne były wyroby koronkarskie. Nie brakło też i prób literackich.

Oglądając wystawę psychjatryczną mógł się każdy przekonać, jak błogie skutki niesie z sobą i wywiera obok leczenia biologicznego, chemicznego i opiekuńczego, nowoczesny sposób leczenia psychicznie chorych zajęciem zarówno pracą praktyczną, jak i artystyczną, oraz udziałem chorych w rozrywkach i uroczystościach mającym na oku nie tylko wypełnienie czasu, ale i wciągnięcie chorego do życia normalnego, zrzeszonego, prawda, że pod nadzorem, ale o ile możności takim, że chory wcale go nie odczuwa, najczęściej mniej przykrym od przymusu społecznego, z powodu którego cierpi nieraz jednostka z pełną odpowiedzialnością, obdarzona tak bardzo przez wszystkich cenioną wolnością. Nowoczesny sposób leczenia psychicznie chorych opisany powyżej, uprawiany i polecany od lat przez Al. Piotrowskiego [1]), zaliczałby zapewne nawet i zmarły niedawno

---

[1]) Al. Piotrowski. Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance. Nowiny Psychjatryczne. R. II. 1925. str. 62. Dziesięciolecie działalności polskiej w Dziekance. Now. Psych. Rocznik VI. 1929. str. 141. Leczenie zakładowe alkoholików. Now. Psych. Rocznik VII. 1930. str. 58.

Tad. Jaroszyński do psychoterapji „wyższego rzędu“, zyskując sobie pełną jego aprobatę. Czynimy tę uwagę mimo uznania dla psychologicznych zwłaszcza i nieraz prawie że metafizycznych założeń podstaw psychoterapji psychoanalitycznej, dającej wyniki nad podziw dodatnie przy umiejętnem stosowaniu. Błędne i niewprawne wykonywanie jakiejkolwiek terapji, zwłaszcza w obcesowy sposób, nie przemawia przeciw niej jako takiej. Przecie i z psychoanalizą pokrewna spowiedź w kościele katolickim bywa czasem szkodliwą, lecz najczęściej jest pożyteczną i zbawienną.

Sprawozdania z posiedzeń lekarskich.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance

dnia 25. lipca 1930. r.

Przewodniczący: p. A. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. E. DEJTER.

I. P. Gorzkowski przedstawia:

1) pacjentkę A. M., lat 28, pannę, nauczycielkę, dziedzicznie nie obciążoną, cierpiącą na schizofrenję, domagającą się uporczywie zwolnienia z zakładu. Chora w dzieciństwie rozwijała się normalnie, uczyła się bardzo pilnie, ale nie była zbyt zdolną i nadrabiała pilnością. Chorób zakaźnych nie przechodziła. Nauczycielką jest od 1924. r. Choruje od 1. 10. 1926. r. Mówiła, że kierownik szkoły ją hypnotyzował, prześladował miłością, nawet go czuła w łóżku przy sobie. Zawsze szukała samotności, zamykała się nieraz na dłuższy czas i niby uczyła się do drugiego egzaminu nauczycielskiego. Nastrój miała zawsze jednakowy, nie lubiła przebywać w towarzystwie. Często pisywała do inspektora skargi na kierownika. Nie uznawała żadnej władzy nad sobą i nie chciała pisywać raportów. Twierdziła, że kierownicy nie mają pełnych kwalifikacyj nauczycielskich i dlatego ma z nimi trudności. Posady często zmieniała, przypisuje to złej woli przełożonych. W innej szkole znów posądzała tamtejszego kierownika, że ją hypnotyzuje i prześladuje miłością. Zawieszona w urzędowaniu napadła w mieszkaniu na koleżankę, która ją zastępowała. Twierdzi, że dlatego została przez inspektora zawieszona w urzędowaniu, gdyż wie o jego oszustwach. W szpitalu psychjatrycznym przebywa od 6. 12. 1929. r. A. M. jest w czasie i w miejscu zorjentowana.

Nie nawiązuje kontaktu z otoczeniem, na pytania odpowiada niechętnie. Oporna w przystosowaniu się do regulaminu zakładowego. Stale spokojna, bezczynna, czasem śmieje się bez powodu Nie chce chodzić na spacer z innemi choremi. Chwilami czyta, ale bez widocznego zainteresowania. W ostatnim czasie niechlujna, wszędzie pluje, nie dba o siebie. Do jedzenia musi być zachęcana. Badanie wykazało budowę wątłą, jednak wyraźnych zmian w płucach nie stwierdza się, tylko nieraz pacjentka miewa stany podgorączkowe. Neurologicznie nic szczególnego. Przy demonstracji pacjentka jest zorjentowana, pamięta, od kiedy przebywa w szpitalu, opowiada o swoich przejściach na posadach. Urojeń żadnych obecnie nie wyraża. Pragnie opuścić szpital, gdyż „zbrzydło życie wśród chorych".

II. P. Bibrowicz przedstawia:

1) pacjenta J. W., lat 31, kupca.

Pacjent do szkoły chodził od 6 roku życia. W szkole uważany był za zdolnego, ale „nerwowego", nieraz uczył się dobrze, ale były okresy, kiedy postępy w nauce były gorsze. Po skończeniu 6-ciu klas gimnazjalnych był w ciągu kilku miesięcy zimowych na praktyce leśnej, wiosną wrócił do gimnazjum i zdał egzamin do klasy 7-mej. Po ukończeniu 7-mej klasy wstąpił do klasztoru Dominikanów jako nowicjusz, miał zamiar zostać teologiem. Po 3 miesiącach opuścił klasztor, wrócił do gimnazjum i zdał maturę. Następnie studjował prawo i jednocześnie uczęszczał do Akademji Handlowej we Lwowie. W ciągu roku 1914 skończył Akademję i studjował nadal prawo, będąc równocześnie urzędnikiem. W czasie wojny służył w wojsku. Ożenił się w styczniu 1919. r., Dzieci nie ma, żona rzekomo nie roniła. W 1920. r. W. założył dom handlowy, pracował dużo, był człowiekiem niespożytej energji, usposobienia wesołego; zbankrutował kilka razy, bo mu się nie wiodło. Od grudnia 1928. r. z powodu strat majątkowych wpadł w depresję, dużo się martwił, ale pracował nadal wytrwale. Pisał dużo artykułów do gazet w sprawie eksportu zboża; artykuły według podania brata były rzeczowe. Starał się o posadę, martwił się, że niema z czego żyć. 1. lipca 1930. r. miała do niego nadejść depesza w sprawie otrzymania posady. Kiedy depesza nie nadeszła, stał się niespokojny, nie spał, stracił apetyt, biegał i mówił od rzeczy. Wezwanego lekarza nie przyjął, prosił natomiast o spowiednika. Po spowiedzi uspokoił się, ale po krótkim czasie znowu zaczął biegać po polach, wypędzał „szatanów", groził siostrze i ojcu, że

ich pobije. Stan podniecenia trwał, aż do czasu przywiezienia do zakładu w dniu 2. VII 30 r. Opowiada żywo, ale bezładnie o swoich przejściach. Mówi że miał związek duchowy z katechetą, który mieszka w Rzymie i miał objawienie od Papieża, że Polskę czeka rzecz cudowna. „Papież nauczył mnie czytać w księdze świętej; ja pragnę porozumienia z episkopatem".

Badanie neurologiczne wykazało odruchy ścięgniste zachowane, patologicznych odruchów niema. Lewa źrenica znacznie rozszerzona, prawa anormalnej wielkości. Stwierdza się objaw Argyll — Robertsona. Po tygodniowym pobycie w zakładzie stan hypomanjakalny minął, 22. 7. b. r. pacjent już zupełnie spokojny, sypia dobrze. W czasie demonstracji opowiada, jak się odbyło jego przyjęcie do zakładu, pamięta wszystko. W sytuacji jest zorjentowany. Czuje się cieleśnie i psychicznie dobrze. Na pytanie, dlaczego był podniecony w pierwszych dniach pobytu w zakładzie, opowiada, że wpadł w ten stan z powodu utraty posady i niepewności jutra. Urojeń obecnie nie wypowiada. Czy był wenerycznie chory, nie wie, myślał, tylko, że był zarażony, gdyż miał wrzód w pachwinie, ale to minęło po krótkim czasie. Mówi, że kazał sobie kilkakrotnie badać krew na Wassermanna w roku 1927, ale wynik był ujemny.

2) J. K. lat 30, urzędnika pocztowego.

Obciążenia dziedzicznego niema. W dzieciństwie K. chorował na odrę. Specjalnych zdolności w nauce nie wykazywał, jednak maturę zdał. Jako młodzieniec prowadził życie normalne. Pił czasem, jednak nie upijał się nigdy. W 1921. r. zgłosił się do wojska jako ochotnik. Pragnął służyć przy artylerji. Gdy otrzymał przydział do piechoty, zmartwił się bardzo. W podróży do pułku zesłabł, miał bicie serca, zbladł, wołał o pomoc; był przytomny, drgawek nie miał. Przestał jeść i rozmawiać, siedział lub stał nieruchomo, lewe oko miał przymrużone. Leczył się w zakładzie psychjatrycznym. Po wyjściu z zakładu był jeszcze przez rok niezdolny do pracy. Później pracował na poczcie. Ożenił się przed dwoma laty, ma jedno zdrowe dziecko, które bardzo kocha. Następne podobne ataki zdarzyły się trzykrotnie, zawsze w podróży: wracał do domu boso, obdarty; nie umiał tego wytłomaczyć. Często zaniemówił na tydzień, lub kilka tygodni; siedział wtedy nieruchomo, nie chciał jeść, ale nieraz w nocy, gdy wszyscy domownicy spali, zjadł postawione przy łóżku jedzenie. Żona podaje, że w okresach takiego osłupienia był więcej podniecony płciowo

niż w okresach zdrowia, miewał stosunki codzienne, a w stanie zdrowia raz w tygodniu. Do szpitala przybył 17. VII. 30. r. Pacjent jest dobrze odżywiony, cieleśnie zdrów, przy badaniu oporny i apatyczny. Stwierdza się objawy katatoniczne. Pacjent nic nie mówi, nie jada, musi być karmiony zgłębnikiem: Lewą powiekę stale trzyma przymkniętą, sztucznie nadaną sobie niewygodną pozycję bardzo długi czas utrzymuje.

3) F. B. lat 25, dziedzicznie obciążonego. Do 14 roku życia uczęszczał do szkoły powszechnej, był mało rozwinięty. W wojsku służył od 1926. r.do 1928. r. W czasie służby wojskowej został kopnięty przez konia w głowę, leczył się w szpitalu psychjatrycznym, potem był zdrów. Zachorował znowu w połowie czerwca 1929. r. Stał się podnieconym, rzucał się na otoczenie i bił, nieustannie rozmawiał, nie sypiał. Do szpitala przybył 3. lipca 1930. r. Pod względem neurologicznym badany nie wykazuje nic szczególnego. Na członku w okolicy wędzidełka znajduje się wrzód twardy. Gruczoły pachwinowe są dobrze macalne, niebolesne. Brzeg dolny wątroby na dwa palce poniżej łuku żebrowego; okolica śledziony na ucisk wrażliwa. Pacjent rozumie pytania, odpowiada na nie, ale przeskakuje z tematu na temat, mówi zdaniami urywanemi, często wymienia nazwę kina „Corso“ Co chwilę zapytuje: „Czy ja jestem głupi, czy nie? Teraz ja już nic nie wiem“. Zorjentowany co do czasu, miejsca i sytuacji. Na oddziale stale mówi sam ze sobą bez związku, macha ręką. W nocy w ciągu pierwszych dni pobytu sypiał mało, często wstawał z łóżka, chodził po pokoju, głośno rozmawiał, gwizdał. Po tygodniu znacznie uspokoił się; obecnie jest zupełnie spokojny, pomaga przy sprzątaniu oddziału.

Podczas demonstracji badany jest zorjentowany. Na pytanie, dlaczego przybył poraz drugi do szpitala, odpowiada, że miał stany lękowe. Gdy się dowiedział, że ma lues, zmartwił się bardzo i zaczął się leczyć. Na pytanie, dlaczego tak często wspominał o djabłach, gdy był w stanie podniecenia, mówi, że w dzieciństwie miał wrzód na szyji i piersiach, matka kazała ten wrzód „zamówić“, więc on myśli, że jednak takie zamawianie nie jest dla człowieka obojętne, myślał o tem stale, może dlatego o djabłach tak często mówił. Opowiada chętnie o swej chorobie, ma dolegliwości hypochondryczne.

Dyskusja

P. Piotrowski zaznacza do przypadku I, 1) że badana nie wykazuje obecnie ostrych jaskrawych objawów schizofrenijnych,

pozostało jedynie omijanie pytań, odpowiedzi są ogólnikowe, nierzeczowe, przebija z nich rozkojarzenie psychiczne, dlatego nie można z pacjentką nawiązać ściślejszego kontaktu. Stany podgorączkowe u pacjentki o budowie astenicznej nasuwają myśl o czynnym procesie gruźlicznym w płucach, mimo braku wyraźnych objawów osłuchowych i opukowych. Schizofrenicy zapadają na gruźlicę płuc łatwiej niż osoby psychicznie zdrowe i to z powodu płytkiego oddechu, złego odżywiania się, zahamowania ruchowego, wogóle wskutek niehygjenicznego postępowania. Ze względu na jej rozkojarzenie psychiczne, pacjentka pozostawiona samej sobie bez opieki (rodzina nie chce jej przyjąć do domu), nie dałaby sobie rady i podupadłaby fizycznie i moralnie zupełnie. Wobec tego należy jej nadal zapewnić opiekę zakładową. W przypadku II, 1) mówca upatruje początkowy okres paraliżu postępującego ze względu na zespół organiczny, mianowicie: objaw Argyll-Robertsona, urojenie wywyższenia, euforja, osłabienie sprawności sądzenia, zwężenie zakresu zainteresowań. Z anamnezy dowiadujemy się o bubonach. Serologiczne zbadanie krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego wyświetli sprawę ostatecznie. Pomimo licznych objawów katatonicznych, które występują tak jaskrawo u badanego II. 2) chory nie jest katatonikiem. Pacjent jest psychopatą i cierpi na stany katatonoidalne, na zachorzenie psychogenne. Chodzi tu o psychozę reaktywną w postaci stanu katatonoidalnego u psychopaty. Że jest to zachorzenie psychogenne wynika z obrazu klinicznego, a przedewszystkiem z anamnezy. Dotychczasowe przemijające napady chorobowe u K. zdarzały się wobec ludzi, najczęściej w podróży. Przypuszczać należy, że pacjent miał przykre przejście, i aby się uwolnić od odpowiedzialności wobec władz, czy nawet wobec żony, popadł w chorobę (ucieczka do choroby). Rozpoznanie różniczkowe ma tu znaczenie ze względu na rokowanie, które w tym przypadku jest pomyślne. Badany II, 3) jest oligofrenikiem, skłonym do zachorzeń psychicznych. B. już raz był psychicznie chorym i leczył się w zakładzie psychjatrycznym. U osoby tego typu, co badany, przestrach i zmartwienie z powodu zakażenia się kiłą, stanowiące silny wstrząs psychiczny, może wywołać psychozę. Należy tu przyjąć przychozę reaktywną.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance

dnia 5. sierpnia 1930. r.

Przewodn.: A. PIOTROWSKI. Sekretarz: E. DEJTER.

I. p. Świerczek przedstawia:

pannę M. B. lat 43. Pacjentka jako dziecko rozwijała się fizycznie prawidłowo, umysłowo bardzo słabo. W ruchach i mowie M. B. była zawsze powolną, spokojną; nie zajmowała się niczem, gdyż do żadnej samodzielnej pracy nie była zdolną. Często wyrażała chęć zamążpójścia. Czytała powoli i niechętnie. Dnia 6. VI. br. nastąpiła zmiana w stanie psychicznym chorej: stała się ona nagle podniecona, biegała po mieszkaniu, biła służącą, klękała przed krewnymi, prosząc ich, aby jej pozwolili wyjść zamąż i mniemała, że każdy mężczyzna, który pokazał się w domu, będzie jej mężem Dnia 10. VI. br. odwieziono chorą do tutejszego Zakładu. Somatycznie pacjentka żadnych objawów chorobowych nie wykazywała. Odruchy kolanowe są bardzo żywe, zaznacza się clonus spurius prawej stopy. Źrenice są równe, reagują na światło słabo, na zbieżność sprawnie. Stan psychiczny jest chorobowo zmieniony. Badana podaje personalja dobrze, orjentuje się w miejscu, czasie i otoczeniu. Brak jej świadomości choroby psychicznej, natomiast badana skarży się na bóle cielesne, wskazując coraz to inne miejsce, zapominając o tem za chwilę. Pacjentka jest gadatliwa, często powtarza kilkakrotnie jeden wyraz pytania, lub własnej odpowiedzi. Polecenia wykonuje opacznie, lub niezdarnie. Stan psychiczny chorej w ciągu obserwacji nie zmienił się. Pacjentka jest ruchliwa, czasami płaczliwa, źle sypia, budzi się często, zdradza niespokój wewnętrzny, wstaje z łóżka i biega po sali. Dnia 5. 8. br. przedstawiana na konferencji lekarskiej, pacjentka wchodzi na salę, rozgląda się ze zdziwieniem i wybucha krótkim śmiechem. Następnie wpatruje się uśmiechnięta w lekarza. Na pytanie, czy zna tego pana, odpowiada: „O znam go aż za dobrze". Polecenia, aby usiadła, nie wykonuje. Na dalsze pytania nie odpowiada. Wybiega nagle do gabinetu dyrektora, siada tam na fotelu, śmieje się sama do siebie i nie daje się nakłonić do powrotu na salę konferencyjną.

II. p. Gorzkowski przedstawia:

mężatkę J. M., lat 22. Obciążenia dziedzicznego niema. Chora rozwijała się w dzieciństwie prawidłowo. Ukończyła szkołę ludową i szkołę gospodarstwa domowego, gdzie uchodziła za uczennicę zdolną i spokojną. Była zawsze wątłej budowy ciała, lecz nigdy

nie chorowała. W 20 roku życia wyszła zamąż, miała jedno zdrowe dziecko, poronień nie było. Choroba obecna rozpoczęła się przed rokiem: M. stała się niespokojną, uskarżała się, że ją ktoś prześladuje, że czycha na jej życie. Leczyła się u różnych lekarzy, lecz stan pogarszał się coraz więcej. Nastąpiło ogólne przygnębienie, apatja, zobojętnienie dla najbliższej rodziny. M. pokarmy przyjmowała z trudem. W końcu lipca odstawiono ją do zakładu; pacjentka jest w stanie znacznego wychudzenia, leży z przykurczonemi nogami. Opuk nad szczytami płucnemi jest przytłumiony, wysłuchowo stwierdza się rzężenia dzwięczne. Źrenice reagują na światło i zbieżność prawidłowo. Odruchy ścięgniste są zachowane, patalogicznych odruchów niema. Podczas badania psychicznego pacjentka z własnej inicjatywy nie mówi, na pytania nie odpowiada, tylko czasem pisze coś w powietrzu. Wyraz twarzy jest na przemian to smutny, to uśmiechnięty. Czasami M. zrywa się z łóżka, raz uderzyła pielęgniarkę w twarz. Dnia 5. VIII. 1930 r. przedstawiona na konferencji lekarskiej, badana wykazuje chód podobny do paralityczno - spastycznego. Pacjentka spogląda krytycznym wzrokiem dokoła i obserwuje otoczenie. Na pytania zwraca uwagę, lecz nic nie odpowiada. Z wyrazu twarzy widać, iż chora pytania rozumie. Polecenia spełnia powoli jakby z wysiłkiem. Na wezwanie, aby rękę położyła na stole, ogląda rękę swoją, waha się chwilę, potem kładzie na stole. Czasami chciałaby odpowiedzieć, widać poruszenie się warg, lecz w następnej chwili badana odwraca głowę i skierowuje uwagę na inny przedmiot. Często uśmiecha się jakby ją bawiło wszystko co widzi wokoło siebie. Z wyrazu twarzy można wywnioskować, iż chora ma dużo myśli i przeżyć własnych, których jednak nie ujawnia na-zewnątrz.

III. P. Bibrowicz przedstawia 1) pracownika biurowego E. T., lat 27, kawalera. Pacjent dziedzicznie nieobciążony, rozwijał się fizycznie i umysłowo prawidłowo. W szkole uczył się nieźle. Był usposobienia wesołego, często lekkomyślny. Z chorób przebył błonicę, płonicę, tryper, szankier. Obecna choroba datuje się od lipca 1925 r. Wtedy stał się niespokojnym i miewał halucynacje słuchowe. W styczniu 1926 r. przywieziono go do Zakładu. Był wtedy zorjentowany, poczucia choroby nie miał, wypowiadał urojenia. Po 2 miesiącach został zwolniony w stanie poprawy. W lipcu 1926 r. przyjęty ponownie w stanie silnego podniecenia. Był wtedy zdezorjentowany, uparty, krzykliwy i zaczepny. Usiłował kilka razy oddalić się z Zakładu. Na życzenie jego rodziców zwolniono

go w czerwcu 27 r. bez poprawy, lecz już w lipcu 27 r. przyjęty poraz trzeci, przebywa w Zakładzie do dnia dzisiejszego. Obserwacja chorego wykazuje, że T. jest zamknięty w sobie, z nikim nie utrzymuje towarzystwa. Do pracy nie można go nakłonić. Chwilami śpiewa, lub gwiżdże. Jest bardzo nieposłuszny, czasami zaczepny. W sierpniu 29 r. przebył enteritis z wysoką temperaturą, poczem stał się jeszcze bardziej zamknięty w sobie i uparty. Kilkakrotnie próbował oddalić się z Zakładu. Dnia 5. 8. 30. przedstawiono pacjenta na konferencji lekarskiej. Wprowadzony do sali konferencyjnej, badany staje przed wolnem krzesełkiem i przygląda się przewodniczącemu. Na zaproszenie, aby usiadł, chwyta za poręcz krzesła, przytakuje z uśmiechem, lecz nie siada. Na wezwanie podchodzi do okna i pozwala sobie zbadać źrenice, które reagują na światło i zbieżność dobrze. Na kilkakrotne zlecenie, aby zajął miejce, siada wreszcie. Personalij podać nie może, jest zdezorjentowany w czasie, miejscu i otoczeniu. Na pytania przeważnie nie odpowiada, lecz przytakuje głową. Na zapytanie, czy chciałby wrócić do domu, mówi: „o nie!“. Czytać nie chce, choć poszczególne litery rozróżnia. Na polecenie, by napisał kilka słów do matki, kreśli dziwaczne figury na papierze. Wyraz twarzy pacjenta pozostaje bez mimiki. Fałdy nosowo-wargowe wygładzone, oczy szeroko rozwarte, zapatrzone w dal. Chory nie zwraca uwagi na otoczenie, nie zdradza żadnej inicjatywy, nie interesuje się niczem, pytań nie pojmuje.

2) Kupiec N. B, lat 33, kawaler, chory od roku 1924, przebywał w Klinice Psychjatrycznej we W. i St. Rozpoznano tam: schizofrenję. Od 1926 r. B. był w K. gdzie badanie krwi w kierunku kiły dało: Wassermanna ++++. Zaszczepiono choremu malarję, B. przebył 20 napadów. W kwietniu 1930 r. przyjęto go do zakładu D. Pacjent był apatyczny, wypowiadał czasami urojenia wielkościowe, uważał się za zdrowego, żądał pracy i zapłaty. Pracował 2 dni, lecz nie wykazał żadnych zdolności. Dnia 5. VIII. 1930 przedstawiony na konferencji lekarskiej, podaje personalja prawidłowo. Nie jest zorjentowany w czasie, miejscu i otoczeniu. Przypomina sobie, że dawniej mu się wydawało, iż jest Bogiem i że ma w sobie Ewę itd., ale dziś uważa to wszystko za urojenia, które były wynikiem jego choroby psychicznej. Obecnie czuje się zupełnie zdrowym i ogarnęła go tęsknota za rodziną, za życiem na wolnej stopie, bardzo prosi o zwolnienie go z Zakładu.

Dyskusja.

P. Piotrowski potwierdza rozpoznaną oligofrenję u pacjentki ad I) na podstawie anamnezy, obserwacji i zachowania się chorej. Pozatem nawiedziła chorą ostra psychoza objawiająca się niepokojem ruchowym, dezorjentacją, bezsennością, labilnością afektywną, skłonnością do wybuchów gwałtownych. Z powodu słabej reakcji źrenic i bezsenności z niepokojem ruchowym w nocy, należy myśleć o chorobie organicznej. Mówca zaleca zbadać krew i płyn mózgowo - rdzeniowy.

W przypadku ad II) p. Piotrowski podnosi, iż z wzroku, uśmiechu, z całego wyrazu twarzy badanej widać, że pacjentka ma bogate życie wewnętrzne. Można z nią nawiązać kontakt uczuciowy. Obraz kliniczny u chorej odpowiada najwięcej formie Kraepelinowskiej „Mischzustand". Mamy bowiem zahamowanie ruchowe („zewnętrzne") z ożywieniem myślowem i życiem wewnętrznem (chora uśmiecha się). To nie jest osobowość schizofrenijna, to jest pacjentka cierpiąca na psychozę manjakalno - depresyjną.

U chorego ad III) 1) p. Piotrowski stwierdza daleko posunięte otępienie. Pacjent ma pusty wyraz, jest bierny, bez żadnych zainteresowań, nie pojmuje pytań, na wszystko się zgadza, przytakując kiwaniem głowy. Tak daleko posuniętą bierność znajdujemy często w Dementia praecox Morela, następnie po przebytej encephalitis, lub w przebiegu innych chorób organicznych jak ciężka epilepsja, degeneracja alkoholowa, morfinizm, choroba Alzheimera, presbyophrenia, porażenie postępujące (einfach dementive Form). Przy otępieniu na tle schizofrenji pamięć z młodych lat jest zachowana. Pacjent nasz nie pamięta nic z okresu lat szkolnych. Należy zbadać krew i płyn mózgowo - rdzeniowy.

Ad III 2) p. Piotrowski przypuszcza, iż w okresie ostrym choroby pacjent był w stanie manji i wyrażał urojenia wielkościowe. Obecnie pacjent pamięta nawet szczegóły z tego okresu. Schizofrenji, zdaniem p. Piotrowskiego, tu nie było. Obecnie chory jest zorjentowany, argumentuje rzeczowo, objawia adekwatną reakcję uczuciową, jedynie mowa wypada nieco zamazanie i występuje drżenie włókienkowe mięśni twarzy przy mówieniu. Biorąc pod uwagę przebytą kiłę (Wa ++++) wypada zdecydować się na djagnozę por. postępującego w stanie poprawy po przebytej malarji.

P. Świerczek zaznacza, że obraz chorobowy pacjentki ad II narzuca myśl o histerji, którą należałoby przyjąć o ile szczegóło-

we badanie nie wykazałoby objawów charakterystycznych dla innego zachorzenia.

Posiedznie kliniczne lekarzy w Dziekance.

w dniu 12. VIII. 1930.

Przewodniczący: A. PIOTROWSKI. Sekretarz E. DEJTER.

I. P. Świerczek przedstawia:

1) pannę Ł. W., 36 lat, z zawodu książkową. Obciążenia dziedzicznego niema. Pacjentka ma dwie siostry, które są „nerwowe". W dzieciństwie W. chorowała na dyfteryt, później przebyła operację wyrostka robaczkowego. Od 1914 r. do końca 1928 r. pracowała najpierw jako książkowa, później jako kierowniczka oddziału bankowego. Choruje od 1 1/2 roku: łatwo się denerwuje, miewa często bóle głowy, zapomina łatwo. Perjod miewa regularnie. W okresach silnego zdenerwowania występuje pollakisurja, w moczu aceton, objaw Romberga dodatni. W. jest od półtora roku niezdolna do swego zawodu. Do szpitala została przyjęta 11. 8. 1930 r. Badanie wykazuje u pacjentki nad szczytami płucnemi przytłumienie wypuku i nieliczne rzężenia drobno - bańkowe. Serce znajduje się w granicach normalnych, tony są czyste, tętno labilne, 102 na min., po pewnym czasie 82 na min. Badana zdradza ogólną nadwrażliwość dotykową i bólową, atoli na podudziu lewem, po stronie bocznej, czucie dotyku i bólu jest obniżone. Odruchy kolanowe są bardzo żywe, inne odruchy ścięgniste normalne. Przy próbie Romberga pacjentka chwieje się lekko. Źrenice są szerokie i reagują na światło i zbieżność. Język wysuwa się prosto, przyczem lekko drży. Odruchy gardłowe są żywe, odruchy spojówkowe i rogówkowe zachowane. Pacjentka podaje personalja dobrze, zapytana o rok, mówi, że obecnie mamy 1928 rok. Opowiada, że od 1 1/2 roku cierpi na osłabienie pamięci, na bóle głowy, później dołączyły się bóle żołądka, bóle w nogach, krzyżu. Bóle były zmienne w swem nasileniu. W. leczyła się stale u różnych specjalistów, obecnie przybyła do tutejszego Zakładu dla obserwacji, gdyż stara się o rentę.

Na konferencji lekarskiej opowiada, że 1 1/2 roku stale leczyła się na neuralgię; miała bóle głowy, połączone z wrażliwością na ucisk. Bóle występowały z przerwami, najczęściej bolała ją głowa w nocy. Ostatnio W. była kierowniczką biura podatkowego w S.

Miała dużo pracy. Została zwolniona z posady dlatego, że zapominała wszystko i opuszczała się w pracy. Jest teraz urzędniczką kontraktową i ma zaliczonych 14 lat służby. Stara się o rentę, gdyż pracować nie może. nic nie widzi, jest nerwową, wszystko jej drga przed oczyma; w nocy, gdy zasypia, czuje się zwykle źle, tak, że czasem aż podskoczy w łóżku całem ciałem. Zapytana jakie świadectwo jej wystawić, po chwili namysłu mówi: „od świadectwa, jakie panowie mi wystawią, wszystko zależy, czy dostanę rentę, bo z leczeniem, to nie wiem, czy już teraz pomoże; byłam w Krynicy 4 tygodnie, ale nic nie pomogło, może trochę tylko lepiej mi było". Na zapytanie, dlaczego przy pierwszem badaniu podała rok 1928, odpowiada: „nie wiem".

2) Przedstawia się panna L. M., 34 lat, urzędniczka bankowa. Ojciec jej był alkoholikiem, ciotka alkoholiczka miała chorobę umysłową. W dzieciństwie pacjentka rozwijała się normalnie. Skończyła średnią szkołę handlową, uczyła się pilnie. Zawsze była poważnego usposobienia, dużo czytała, lubiła również przebywać w towarzystwie Jako dorastająca panna łatwo się denerwowała. Od 18 roku życia zaczęła pracować w bankach, była bardzo pilna. Od początku 1923 roku miewała często silne bóle głowy, była bardzo nerwowa, uroiła sobie, że dyrektor banku ją kocha, gdyż umieścił ją w swoim wydziale (zrobił to dla jej pracowitości). Po kilku tygodniach bóle głowy się wzmogły, M. była jeszcze więcej nerwowa, musiała z tego powodu przerwać pracę na sześć tygodni. Po tym czasie została zwolniona z banku i to jeszcze bardziej pogorszyło jej stan. Często miała okresy, kiedy się czuła dobrze; ale bóle głowy i stan zdenerwowania wracały po kilku dniach lub tygodniach. W okresach podniecenia wymyślała na rodzinę, na księży, oraz twierdziła, że czuje obecność maszyn za ścianą u sąsiada, które to maszyny ją „niszczą". Kazała w domu zerwać telefony, gdyż mówiła, że one ją „niszczą". W ostatnim czasie przed przybyciem do Zakładu uciekała z domu, gdyż posądzała rodzinę o usiłowanie otrucia jej i twierdziła, że w domu nie dają jej jeść i że chcą ją „zmarnować". W nocy nie sypiała, mówiła dużo do siebie. Do Zakładu przybyła w dniu 10. 8. 1930 r. Badanie wykazało asymetrję twarzy, wygładzenie lewej brózdy nosowargowej, drżenie gałek ocznych poziome przy wpatrywaniu się w jeden punkt. Uszy przyrośnięte. Badana nie pozwoliła się dokładniej zbadać lekarzowi, zachowywała się wyniośle, chwilami śmiała się, to płakała. Na oddziale nie chciała jeść, była oporna

niespokojna, w nocy źle sypiała.

W czasie demonstracji na konferencji lekarskiej pacjentka rozgląda się, mówi: „gdzie ja tu przyszłam?". Wie, że przybyła z bratem. Na pytanie, gdzie się obecnie znajduje, nie odpowiada, lecz rozgląda się po obecnych. Stale podtrzymuje włosy jedną ręką, mówi, że zgubiła szpilkę od włosów. W sytuacji pacjentka nie jest zorjentowana, mówi bez modulacji, objawia sztywność afektu i inkoherencję. Przy mówieniu porusza lewą połowę ust, prawa połowa pozostaje w miejscu.

II. P. Bibrowicz przedstawia:

1) Krawca S. K. 44 lat, żonatego. Wywiadu od rodziny brak. Konwojent, który pacjenta przywiózł, podaje, że S. K. urządzał awantury w mieście, dlatego Magistrat przekazał go do Zakładu psychjatrycznego. Pacjent przybył do Zakładu 9. 8. 1930. Badanie wykazało: prawidłową budowę, stan odżywienia słaby, w płucach nad obu szczytami oddech nieznacznie zaostrzony z przedłużonym wydechem, wzdłuż przyśrodkowego brzegu łopatek nieliczne świsty, granice serca normalne, tony nad tętnicą płucną i aortą nieznacznie zaakcentowane. Źrenice małe, reagują na zbieżność i światło prawidłowo. Odruchy ścięgniste i skórne zachowane, patologicznych odruchów brak. Czucie dotyku i ciepla zachowane. Pacjent podaje, że do szkoły chodził mało, gdyż nie miał czasu; czytać ani pisać nie umie. Ożenił się z prostytutką, wdową, która miała już dorosłe dzieci z pierwszego małżeństwa. W ostatnim czasie żona wypędziła go z domu, nie chciała z nim mieszkać, mówiła, że wszystkie łóżka w domu są zajęte. Pacjent mówi, że obecnie żona wyjechała do B, gdzie jest dużo wojska, wie, że żona go zdradza, ale pomimo wszystko żonę kocha. W czasie, miejscu i sytuacji pacjent jest zorjentowany. Na konferencji lekarskiej zaraz na wstępie opowiada, że jest chory, słaby, ma zmartwienie, gdyż żona go nie kocha, on żonę kocha, pomimo, że ona go zdradza i bije. Przeczy, jakoby urządzał awantury w mieście. Mówi, że chorował na kiłę i chorobę tę stwierdził u niego prof. chorób wenerycznych K. Na zapytanie, czy chce się leczyć, odpowiada twierdząco. Pacjent prosi, by sprowadzić tu do Zakładu jego żonę, gdyż chce się z nią porozumieć w sprawie rozpoczęcia starań o rozwód. Na zapytanie, czy lubił pić alkohol, odpowiada, że nie pił wcale, gdyż lekarze mu zabronili. Pacjent podaje, że rano miał zwykle odbijanie i pozatem suchość w gardle, musiał zawsze rano pić wodę, wymiotów nie miewał.

2) Robotnik L. J., 47 lat, przywieziony z Zakładu Psychjatrycznego Düsseldorf - Grafenberg. W dzieciństwie pacjent rozwijał się normalnie.

Ożenił się w 1909 r., ma czworo zdrowych dzieci. Żona rzekomo nie roniła. Chorób wenerycznych pacjent rzekomo nie przechodził. W 1922 r. wyjechał do Francji i pracował tam w górnictwie. W czerwcu 1928 r. wracał koleją do Polski przez Niemcy. W drodze klęczał stale w wagonie i modlił się, czem przeszkadzał współtowarzyszom podróży i został w Düsseldorfie wysadzony z pociągu i odstawiony do szpitala dla umysłowo chorych w Grafenberg. W zakładzie Grafenberg był spokojny, nie interesował się innymi chorymi, dużo się modlił, nie chciał się zająć żadną pracą. Pewnego razu w nocy rzucił się na pielęgniarza i podarł na nim ubranie. Rozpoznano schizofrenję. W dniu 10. 8. 1930. pacjent został przywieziony do D. Badanie pacjenta wykazało budowę prawidłową, odruchy ścięgniste i skórne prawidłowe, czucie skórne normalne, nieznaczne drżenie rozstawionych palców rąk. Wyraz twarzy jest przygnębiony, daje się zauważyć pewien stopień katalepsji. Pacjent twierdzi, że ciężko zgrzeszył i potem dużo pracował, jakkolwiek jemu to nie było wolno. Zorjentowany w miejscu, otoczeniu i sytuacji, pamięta dobrze swoje przejścia; halucynacjom zaprzecza. Porusza stale wargami, twierdząc, że się modli. W czasie demonstracji pacjent odpowiada na wszystkie pytania trafnie. Zapytany, jak się dostał do G. odpowiada, że w drodze do Polski urzędnik niemiecki kolejowy zauważył, że on porusza wargami, myślał, że ma do czynienia z umysłowo chorym i dlatego odstawił go do zakładu psychjatrycznego. Na pytanie, czy słyszy głosy, odpowiada twierdząco. Mówi, że głosy zabraniają mu pracować, lecz każą się modlić. Pan Bóg do niego mówi, bo sobie we Francji na to zasłużył. Wszędzie widzi Pana Boga. Kiedyś również dużo pracował, ale Pan Bóg z nim nie rozmawiał, a teraz rozmawia. Pacjent mówi cicho, odpowiada tylko na pytania. Zapytany, dlaczego tak cicho mówi, odpowiada: „Jest to cnota nad cnotami". Jedynem życzeniem pacjenta jest powrót do domu rodzinnego i wolność.

Dyskusja.

P. Piotrowski proponuje ad I. 1) celem uzupełnienia badań zbadać krew i płyn mózgowo - rdzeniowy. Zespół objawów, mianowicie subjektywne poczucie choroby, niezdolność do pracy, chętne rozprawianie o własnych dolegliwościach i cierpieniu, liczne

skargi hypochondryczne, brak wszelkich symptomów organicznych przemawia za neurastenją nabytą. Długotrwałe, systematyczne leczenie może chorą doprowadzić do stanu dawniejszego i uczynić ją zdolną do pracy i zarobkowania. Ad I 2) mówca wskazuje na objawy, jak inkoherencja, sztywność afektywna i brak modulacji we funkcjach psychicznych przy zupełnie zachowanej świadomości badanej, halucynacje, urojenia prześladowcze, pewien negatywizm, co przemawia za schizofrenją. Objawy jak wygładzenie lewej brózdy nosowo - wargowej, mówienie lewą połową ust, poziome drżenie gałek ocznych każą myśleć o przebytej encephalitis leth. Występujący niekiedy pseudonystagmus może być następstwem myopji, przebytej encephalitis leth. lub sprawą wrodzoną.

U pacjenta ad II 1) p. Piotrowski podejrzewa alkoholizm (odbijanie i suchość w gardle rano). Alkoholicy bardzo często nie przyznają się do swego nałogu. Należy zbadać mocz na cukier i porównać przyjmowaną dobową ilość płynów z ilością danego moczu w ciągu doby. Otępienie oraz przebyta kiła wskazują na pp., objawy psychotyczne raczej na pseudoparalysis alcoholica; należy myśleć także o degeneracji alkoholowej + pp. Sprawę wyświetli badanie serologiczne.

Ad II 2) p. Piotrowski podnosi, że badany argumentuje dementywnie, krąg zainteresowań u niego jest zwężony, halucynacje wzrokowe i słuchowe oraz urojenia grzeszności, przygnębienie, łatwa uległość wpływom postronnym, labilność afektywna przemawiają za początkowym okresem p. p. P. Piotrowski zaleca dla zapewnienia rozpoznania zbadać krew i płyn mózgordzeniowy na odczyn Wassermanna.

P. Świerczek zaznacza do przypadku I. 1), że neurastenja nabyta jest według Bleulera chorobą rzadką, a pacjentka nie jest wycieńczoną, więc należałoby raczej myśleć o neurastenji dawnych autorów, a nazwanej przez Bleulera pseudo - neurastenją.

STRESZCZENIA I OCENY.

LUDO VAN BOGAERT, J. SWEERT ET L. BAUWENS: Sur l'idiotie amaurotique familiale du type Warren - Tay - Sachs. Étude sémiologique du syndrome de décérébration et des automatismes primitifs de l'enfant. (O niedołęstwie umysłowem amaurotycznem rodzinnem typu Warren - Tay - Sachsa. Studjum semjologiczne zespołu decerebracji i prymitywnego automatyzmu u dziecka). L'Encéphale XXVII Année, Nr. 3, Mars 1932, str. 106.

Spostrzeżenia nad niedołęstwem umysłowem amaurotycznem w literaturze francuskiej są rzadkie w stosunku do ogłoszonych w ostatnim czasie w krajach anglosaskich i w Stanach Zjednoczonych.

Obok niedołęstwa umysłowego amaurotycznego dziecięcego Tay - Sachsa znamy obecnie postać młodzieńczą późną (pod mianem Spielmeyer - Vogta, opisaną najpierw przez Battena). Swieżo zajmowali się nią Marinesco, Landegger i Schönfeld.

Przypadki opisane przez autorów należą do formy wrodzonej Warren - Taya. W rodzinie obarczonej chorobami psychicznemi, zaszły dwa przypadki choroby u wnuków tychże samych dziadków, dzieci różnych rodziców. Rodzina pochodzi z Kowna, z „Polski wchodniej" (sic!); należy do rasy żydowskiej.

Chora, dziewczę trzynastomiesięczne, urodziła się jako pierwsze i jedyne dziecko zdrowych rodziców. Poród był długi i ciężk z powodu objętości głowy; lecz obyło się bez kleszczy. Dziecko po urodzeniu nie wykazywało zniekształcenia czaszki. Od urodzenia rodzice zauważyli brak wszelkiej inicjatywy. Dziecko odżywiało się niedostatecznie, słuch zdawoło się mieć dobry, lecz było niewidome. Od pierwszych dni spostrzeżono hipotonję, nigdy nie udawało się dziecka posadzić, nie bawiło się nigdy, nie chwytało przedmiotów. Po trzech tygodniach wystąpiły napady skurczowe, szczególnie po prawej stronie ciała z hiperekstensją głowy. Napadów było po kilka w ciągu dnia i to w przeciągu dwu miesięcy. Napady zanikły same z siebie na czas pewien, aby znowu powrócić. Postawa zajęta przez dziecko nie była charakterystyczna, jako taka, lecz uderzała w niej pasywność. Po kilku westchnieniach dziecko zamilkało i pozostawało w postawie, jaką mu się nadało.

Najczęściej leżało na plecach z kończynami dolnemi wyciągniętemi, ze stopami w ustawieniu „varus equinus", z podeszwami zwróconemi ku wewnętrznej stronie, wielkie palce były w hipereks-

tensji stałej (pseudo Babiński), ręce leżały wzdłuż tułowia w półzgięciu. Przy przekręceniu głowy reszta ciała pozostawała w dawniejszem położeniu. Dziecko nie śmiało się nigdy, nie płakało nigdy samo ze siebie. Przy bardziej szorstkiem ujęciu wydawało jęki, rytmicznie powracające, aż do powolnego całkowitego zaniku. Jęk bywał zawsze ten sam. Nie można było zauważyć żadnych wrażeń słuchowych, ani wzrokowych. Brak było jakiejkolwiek mimiki twarzy. Natomiast czyniło dziecko ruchy ssania prawie nieustannie. Ziewanie istniało. Oddychanie było bardzo przyspieszone (24 razy na pół minuty). Innych ruchów, zależnych od woli dziecko nie czyniło.

Hipertonja podczas napadów była znaczna.

Zauważono liczne poruszenia rytmiczne:

a) poruszenie gałek ocznych okolne,
b) powolne podnoszenie powiek i gałek,
c) ruch sączenia bez ruchu połykania,
d) ruch wielkiego palca u nogi z podnoszeniem i opuszczeniem, połączony z potrójnem zgięciem nogi,
e) rytmiczna i symetryczna pronacja i supinacja przedramienia z hiperfleksją pięści i ekstensją kciuka od czasu do czasu.

Płacz był dokładnie rytmiczny. Krzyki ustawały najpierw, potem skurcze krtani, nakoniec skrzywienie twarzy. Refleksy ścięgien były zachowane. Lekkie dotknięcie ust powodowały ruchy mięśniowe brody, powolne i pełznące. Nie udało się wywołać obronnego refleksu płaczu (Marinesco) przez podrażnienie dłoni, lub przez łoskot. Refleksy akustyczne były bardzo żywe, lecz wyczerpywały się szybko po 6 — 7 podrażnieniach. Refleksy zmiany położenia były silne. Nakłucie lumbalne dało płyn przejrzysty, zawierający 0,10 proc. albuminy (Sicard; 0,5 ciałek na mm^3).

Reakcja Pandy'ego była dodatnia, Weichbrodta negatywna.

Reakcja Bordet — Wassermanna była negatywna.

Cukier we krwi: 1,20, cukier w płynie: 0,93 ‰.

Przy badaniu elektrycznem znaleziono obniżenie pobudliwości faradycznej u mięśni plec, brzucha, ramion. Mięśnie szyji były prawie wcale niepobudliwe, galwaniczne skurcze tu jednakże zachowały się. Pobudliwość elektryczna kończyn dolnych była normalna.

Drugi przypadek, to chłopczyk 29 miesięczny, najmłodszy z czworga rodzeństwa. Poród był normalny, matka nie była chora podczas ciąży.

Zauważono u dziecka od czasu urodzenia senność i obojętność większą, jak u drugich dzieci. Po trzech miesiącach występowało drżenie bądź to w prawej ręce, bądź to po lewej stronie twarzy, bądź w ramionach.

Dziecko nie mogło się utrzymać w postaci siedzącej, główka się chwiała, ruchów spontanicznych prawie nie było. Chłopczyk nie poznawał nikogo, robił wrażenie, że widzi, lecz, że słyszy natomiast bardzo źle. Ząbkowanie było spóźnione. Dziecko zanieczyszczało się jeszcze mając 22 miesiące, nie wyciągało ręki po jedzenie; trzeba mu było jedzenie kłaść do ust. Jak rodzice mówili, żuło godzinami. Mało co krzyczało i dobrze sypiało w nocy. Napady w nocy były rzadkie. Psychjatra przywołany do dziecka, stwierdził idjotyzm postencefalityczny. Podczas badania dziecko było apatyczne. Atonja mięśniowa dochodziła do ostateczności. Dziecko leżało prawie zawsze na boku z główką mocno wygiętą ku tyłowi; przy ujęciu główka opadało ku tyłowi. Oczy były przymknięte. Przy podniesieniu powiek następował ruch gałek ku górze, poczem gałki zatrzymywały się.

Stan ogólny był dość nędzny. Dziecko było blade, wątroba była powiększona, brzuszek wydęty. Radiogram czaszki nie wskazywał nic nienormalnego. Dziecko mało płakało; podczas płaczu mimika twarzy była uboga. Chłopczyk nigdy się nie śmiał, co uderzało rodziców od początku jego życia. Zauważyło się dość często spontaniczne ruchy ssące, połykowe i podnoszenie powiek. Nie było ruchów rytmicznych, ani atetotycznych, jeśli dziecko było w całkowitym spokoju i w pokoju cichym. Rodzice spostrzegali, że dziecko się łatwo przestraszało, poczem następowały ruchy kończyn i głowy. Nagłe dotknięcie skóry brzucha wywoływało podrzucenie ciała z wyciągnięciem kończyn. Palce wyprostowały się nagle, kończyny dolne przybierały ruch supinacji mocno zaznaczonej, oba duże palce u nóg stawiały się, jak przy odruchu Babińskiego. Odgłos kaszlu, uderzenie w stół, zatrzaśnięcie drzwi miały podobny skutek.

Ruch wywołany mógł być tak silny, że dziecko spadało z łóżka. Napady epileptyczne były dość częste. W czasie obserwacji przeprowadzonej przez autorów, napady epileptyczne następowały bardzo łatwo. Rozpoczynały się serją ruchów klonicznych, bardzo szybkich, zajmujących najpierw prawą stronę twarzy, ramię prawe, później lewą stronę twarzy i lewe ramię. Dziecko stawało się blade, później sine; w ustach ukazywała się piana. Gałki oczne zwra-

cały się na prawą stronę; ruch ten połączony był z lekkiemi drgawkami. Nagle zjawiła się hipertonja z ekstensją kończyn. Faza toniczna trwała o wiele dłużej od fazy klonicznej; zesinienie było uderzające. Powoli mięśnie stawały się mniej napięte, po kilku wstrząsach klonicznych wszystko się uspokoiło.

Badanie neurologiczne wykazywało odruchowość żywą. Brak było klonusa stopy i rzepki, brak prawdziwego odruchu Babińskiego.

Punkcja lumbalna wykazywała płyn normalny. Dziecko wycieńczało się stopniowo, połykanie stawało się coraz trudniejsze. Śmierć nastąpiła w 37 miesiącu życia.

Dwie formy choroby, dziecięca i młodzieńcza różnią się zmianami dna oka. W postaci choroby dziecięcej (choroba Taj - Sachsa) zauważa się podłużną owalną plamę od żywego białego koloru do szarego, w okolicy plamki żółtej i plamę centralną wiśniowoczerwoną; u dołu rozpoznaje się atrofję nerwu wzrokowego.

Forma młodzieńcza pociąga często za sobą degenerację siatkówki całkowitą z następującą atrofją nerwu wzrokowego.

Mogło by się zdawać nadużywaniem, sprzecznem z sobą samem, gdyby się mówiło u chorego atonicznego o zespole decerebracji, złączonej z hipertonją i sztywnością, lecz cały zespół symptomów nie pozwala na inne rozpoznanie.

Pomiędzy napadami dziecko przyjmuje postawę istoty pozbawionej mózgu. Podrażnienie skórne, słuchowe i t. p. wywołują ruchy automatyczne, nie będące tem czy owem, lecz reprezentujące mniej lub bardziej ważne symptomy stanu decerebracji, albo napadu tonicznego.

Autorzy zwracali uwagę przedewszystkiem na:

1) Optyczny odruch toniczny (refleks Peipera). Oświetlenie nagłe oka wywołuje nagłe odrzucenie głowy z zesztywnieniem tułowia i z tylnym tężcem. Odpowiadałby odruch ten odruchowi optycznemu, opisanemu przez Magnusa u zwierzęcia pozbawionego błędnika. W przypadku, opisywanym przez autorów, nie można go było dowieść.

2) Odruch Moro - Freudenberga. Chodzi tu o odruchy u osesska, wywołane przez wstrząsy, uderzenie w brzuszek, wyciągnięcie uda, przez dmuchnięcie w twarz. Osesek wyciąga wtedy ramionka i nóżki w lekkiej pronacji, zbliżając członki do siebie, do postawy zgiętej całego ciała.

3) Poruszenia kompensujące gałek ocznych (Bárány). Dziecko położone na grzbiecie z głową podtrzymaną, wykręca się nagle w osi tułowia. Oczy zwracają się w przeciwną stronę, aniżeli tułów.

4) Odruch Landau'a. Dziecko kładzie się na brzuszku z twarzą ku tyłowi: cały tułów wygina się w okrąg, przy zgięciu głowy błyskawicznie zginają się kończyny. Normalnie odruch ten znika po drugim roku.

5) Odruchy toniczne szyji. W pierwszych latach osesek położony na brzuszku, przy wygięciu głowy na prawo, wyciąga rączki w pronacji; ramię od strony potylicy podnosi się, od strony czoła zgina się dośrodkowo w addukcji, udo od strony potylicy zgina się, udo od strony czoła wyciąga się. Po powtórzeniu doświadczenia u oseska jedno - i dwumiesięcznego, przy wygięciu głowy, ramię od strony potylicy podnosi się w abdukcji i korpus ustawia się w kierunku głowy, udo od strony potylicy krzyżuje się z udem od strony czoła. U dziecka 12 - miesięcznego ramię od strony potylicznej układa się w addukcji i półzgięciu, ramię od strony czoła podnosi się i pozostaje wyciągnięte. Przy zgięciu głowy ku piersiom nogi zginają się; wyciągnięcie głowy powoduje wyciągnięcie nóg, (refleks Brudzińskiego).

6) Odruchy automatyzmu rdzeniowego (Pierre - Marie, Foix) odnoszą się do potrójnego zgięcia (Babiński), skrzyżowanego wyciągnięcia, albo do odpowiadającego mu „stepping reflex".

W pierwszych dniach po urodzeniu istnieje reakcja zbieżna obrotu głowy i tułowia z abdukcją ramion silniej zaakcentowaną od strony potylicy. W wieku dwu do trzech miesięcy pokazują się prawdziwe odruchy błędnikowe. Obrót głowy pociąga jeszcze za sobą obrót tułowia; ramię od strony czoła unosi się w abdukcji. Z osiągnięciem czterech miesięcy odruch Moro - Freudenberga osłabia się, odruchy błędnikowe pozostają, odruch Landau'a zachowuje się w większej ilości wypadków. Ramię od strony potylicy układa się w abdukcji przy próbie z obrotem, głowy. Od 7 do 12 miesięcy zaznacza się jeszcze odruch Moro, odruch Landau'a, jest częstszy, odruchy toniczne są wyraźne. Przy wkraczaniu w drugi rok zauważa się jeszcze odruch Landau'a, poruszenie się nie jest już jak u czworonożnych, reakcje postawowe kończyn ustalają się. W trzecim roku, wszystkie odruchy kończyn zanikają, odruchy toniczne szyji są takie, jak u dorosłego.

W obu przypadkach opisanych przez autorów, wzmożenie odruchów automatyzmu rdzeniowego i odruchów tonicznych wska-

zuje na oswobodzenie funkcjonalne śródmózgowia w ujęciu Magnusa i Radenakera i rozerwanie łączności korowośródmózgowego.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

A. KNEINDLER et A. BRUCH: Contribution à l'étude de la rigidité musculaire des artério - sclèreux. (Przyczynek do studjów nad sztywnością mięśni w arterjosklerozie). L'Encéphale. Année XXVII. Nr. 3. Mars 1932. p. 224.

Porażenie poprzeczne u starców stanowi ważne zagadnienie w zakresie anatomopatologicznym i fizjologicznym. W tym kierunku rozpatrują autorzy opisany przez siebie przykład.

Andrzej C., 78 letni starzec, uległ bezruchowi dolnych kończyn i zaburzeniom psychicznym. Choroba rozwinęła się po lekkiem prawostronnem porażeniu, sięgającem 9 lat wstecz od oddania chorego do zakładu, a wyleczonem całkowicie w przeciągu 3 miesięcy. Przed 7 laty nastąpiło drugie prawostronne porażenie. Chory uzyskał po kilku miesiącach ruchy ramienia, lecz pociągał nieco prawą nogą. Od 4 lat chory odczuł ogólne osłabienie i chodził z większym trudem, z powodu dolnej prawej kończyny. Skończyło się na niemożności opuszczenia łóżka i na wzmagającym się zaniku władz umysłowych. Po ponownym „napadzie" nogi pozostają w stałem zgięciu. Przedramiona są zgięte ku ramionom. Od strony małego palca obu rąk istnieje skurcz włóknisty dokładnie symetryczny, palce zgięte jedne na drugie, mały palec tworzy haczyk. Żona chorego podała, że zniekształcenie prawej ręki sięga bardzo długiego czasu, podczas gdy na lewej ręce nastąpiło dopiero od czasu trwania choroby.

Ruchy aktywne kończyn dolnych są możliwe, lecz bardzo powolne.

Twarz jest nieruchoma. Głos jest nieco przytłumiony. Brak odruchów mosznowych. Niemożność wstrzymania moczu.

W zakresie duchowym zauważa się ogólne obniżenie władz umysłowych. Chory odpowiada z trudem, nie interesuje się tem, co się dzieje wokoło niego. Krew i płyn są normalne.

Po śmierci sekcja wykazała bardzo posunięte zmiany naczyń mózgowych z ich skutkami. Główném siedliskiem zmian była otoczka jądra soczewkowatego i kula blada.

Kula blada po prawej stronie była prawie całkowicie zniszczona i zastąpiona dużą jamą.

Symptomatologja kliniczna i dane anatomiczne uprawniają, w mniemaniu autorów, do skonstatowania u chorego arterjosklerotycznego stężenia mięśni Foerstera.

Istnieje typowa forma parkinsonizmu z opanowaniem zjawisk klinicznych i anatomicznych przez zmiany naczyniowe. Stężenie mięśni osiąga w tym wypadku wysoki stopień nasilenia. Foerster wyodrębnił pod mianem arterjosklerotycznego stężenia mięśniowego opisany zespół objawów.

Przypadki stężenia mięśniowego różnią się naogół od przypadku drżączki tem, że zjawiają się w późniejszym wieku i że się zespalają z ośrodkowemi zmianami arterjosklerotycznemi. Stężenie mięśniowe starcze (Jakob) podobne jest pod względem symptomatologicznym do stężenia mięśniowego arterjosklerotycznego, lecz różni się pochodnie i histologicznie.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

P. MEIGNANT: Les accidents nerveux et mentaux liés à l'hypoglycémie. (Symptomy nerwowe i psychiczne przy hipoglikemji). L'Encéphale, Année XXVII, Nr. 4, April 1932, str. 310.

Na zaburzenia nerwowe i psychiczne, powodowane przez hipoglikemję, zwrócono uwagę szczególnie od czasu wprowadzenia insuliny do lecznictwa.

Autor zaczyna opis zaburzeń nerwowych i psychicznych, zależnych od podawania insuliny. Rozróżnia formę lekką, pośrednią i poważną.

Forma lekka objawia się najczęściej. W pół godziny i w godzinę i więcej po injekcji insuliny, chory staje się bladym, skarży się na lekkie dreszcze i drżenie, na zawroty, palpitacje, odczuwa gwałtowny głód, jest podrażniony nerwowo, krople potu spływają po skroni, czuje się zmęczonym i przygnębionym do ostateczności, podlega lękom i przerażeniu. Naogół przebieg nie pogarsza się, jeśli chory otrzyma dawki cukru.

Inaczej objawia się stan pośredni zachorzenia. Jest to często stan przygnębienia. Nagle chorego opada ostateczne przygnębienie, połączone z utratą wszelkiej władzy nad sobą i z niezdolnością do powzięcia jakiegoś czynu. Następuje przemijające pomieszanie, amnezja, afazja w konsekwencjach niebezpieczne szczególnie u automobilistów.

Obok przygnębienia zjawia się pobudzenie, osłupiałośś wzroku, dezorjentacja, bredzenie.

Forma trzecia, to forma poważna, odpowiadająca spiączce insulinowej, mogącej się skończyć śmiercią. Początek występuje nagle. Czasem poprzedza ją podniecenie, bredzenie, bladość, senność, prostracja, afazja, rozszerzenie źrenic, podwójne widzenie. Następuje śpiączka. Zauważa się napady prawdziwie epileptyczne, spazmy przypominające tężec, oddech przyspieszony, porażenia, hemiplegje i monoplegje.

Zaburzenia nerwowe, powodowane hipoglikemją, wywołaną stosowaniem insuliny, obecnie są nie tak częste, jak dawniej, kiedy jeszcze nie umiano się ustrzedz przed skutkami nieostrożnego obchodzenia się z insuliną. W praktyce należy chorym, poddanym leczeniu insuliną, mieć przy sobie nieco cukru, by przy najlżejszem niedomaganiu użyć go jako środka, do usunięcia niedomagania. W razach cięższych środkiem zaradczym będzie adrenalina.

Inną przyczyną zaburzeń psychicznych, powodowanych przez hipoglikemję jest nowotwór zajmujący wysepki Laugerhansa trzustki (Syndrom hiperinsulinizmu, albo dysinsulinizm). Syndrom ten rzadki zauważono w ostatnim czasie, szczególnie w Ameryce.

Pod względem etiologicznym, chodzi tu na ogół o chorych w sile wieku, od 40 do 55 lat. Głębsza przyczyna niedomagania nie jest wiadoma.

Pod względem klinicznym chodzi przeważnie o przypadki występujące wybuchowo.

Wybuchy te znamionują różne nasilenia. Czasem wszystko ogranicza się do zachorzenia nieokreślonego połączonego z lękiem i trwogą, nagłem uczuciem osłabienia i przeświadczeniem o grożącem zapadnięciu. Istnieje równocześnie uczucie głodu bolesnego i czczości. Czasem zjawiska są silniej podkreślone i do znamion wymienionych dochodzą ogólne dreszcze, tachikardja, poty, lekka cyanoza.

Nakoniec zdarza się, że dolegliwości są najpoważniejszej natury, jak senność i niezwyciężony stupor, jak wybuchy skurczów zbliżonych w nasileniu do ogólnej padaczki, z okaleczeniem języka, pianą na ustach, z niezbornem podnieceniem, dezorjentacją, amnezją, jak pełna śpiączka insulinowa.

Wszystkiemu temu towarzyszyć mogą najróżniejsze objawy nerwowe, zanik lub osłabienie odruchów, widzenie podwójne, przejściowe, parezje o typie hemiplegji, lub monoplegji.

Rozpoznanie różniczkowe osiągamy na drodze badania biologicznego i skonstatowania hipoglikemji i nakoniec przez wykrycie stanu anatomicznego.

Poza wymienionemi przyczynami zaburzeń psychicznych powodowanemi hipoglikemją, istnieją jeszcze inne, a więc na zasadzie zaburzeń w przemianie węglowodanowej, utraty nadmiernej cukru i nakoniec na zasadzie ubywania zasobów glikogenowych.

Zaburzenia w przemianie węglowodanowej zdają się wywoływać zaburzenia endokrynne na podstawie zachorzenia kory nadnercza, gruczołu tarczykowego, przysadki i gruczołów przytarczycznych.

Utrata nadmierna cukru występuje w cukrzycy pochodzenia nerkowego i w hipoglikemji podczas karmienia.

Hipoglikemja, spowodowana ubywaniem zasobów glikogenowych, obejmuje grupę bardziej zamazaną, pochodzenia niejednolitego i niewyraźnego. Podciąga się tu jako przyczynę znużenie mięśniowe, atrofję postępującą mięśni, choroby wątroby, dyspepsję.

Ciekawa jest łączność zauważona między hipoglikemją, a kwasotą Powstała nawet hipoteza, że zaburzenia organizmu powstają nie z powodu hipoklikemji samej jedynie, lecz z powodu kwasoty. Maranon, który poświęcił świeżo rozprawę kwasotom hipoglikemicznym, skłania się do przypisania kwasocie pewną część zaburzeń zaliczanych do hipoglikemji, szczególnie w zakresie choroby Addisona.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

HENRIQUE ROXO: Le traitement des états maniaques. (Leczenie stanów manjakalnych.) L'Encéphale XXVIII année Nr. 4, Avril 1932, str. 302.

Stan manjakalny jest jednym z objawów psychozy manjakalnodepresyjnej. Może być jednakże też syndromem innych jednostek chorobowych, jak n. p. kiły mózgowej.

Pierwiastkami stanu manjakalnego są humor wesoły, szybkie kojarzenie myśli i pobudliwość ruchowa. Ponadto w formach mieszanych, jak w manji połączonej z furją, albo w manji choleryków, manji nieproduktywnej, ubogiej w myśli i w manji z inhibicją motoryczną, istnieje powiązanie dwu pierwiastków, manji skojarzonej z melancholją. Pierwiastek melancholiczny przeciwstawia się w obrazie klinicznym pierwiastkowi manjakalnemu.

W stanach manjakalnych z przewagą podniecenia najlepszem uspokojeniem jest przedłużona kąpiel ciepła z kompresami z lodem na głowie.

Kąpiel powinna trwać godzinę, dwie godziny, lub więcej, lecz nie trzeba w tem przesadzać, tak że przeciętnie dwugodzinna kąpiel powinna być uważaną za normę.

W niektórych przypadkach trzeba się uciec do zastrzyku uspakajającego, n. p. skopolaminy.

Schüllerowi udało się pokazać, że zimne kompresy, zastosowane na plecy i brzuch, przyczyniają się do zwężenia żył i tętnic opony miękkiej. Stąd wpływ kompresów tych na uspokojenie chorych w kilku minutach. Dobrze działają także na stany manjakalne, ciepłe kąpiele stóp.

Ciepłe natryski, od 32 - 37 stopni, trwające dwie lub trzy minuty z zastosowaniem jeszcze cieplejszych natrysków na nogi i stopy, uspakajają znakomicie, szczególnie jeśli po natryskach zawinie się chorego w suche prześcieradło, wytrze się i położy do łóżka.

Najlepszym uspakajającym zastrzykiem dla chorego w stanie manjakalnym jest luminal.

Skopolamina w dozie 1 miligrama na 1 cm.^{3} jest bardzo pomocna, lecz trochę przygnębiająca i pogarsza wedle opinji Marcio Nery wszelki rozpoczynający się proces otępienia.

Somnifen uspakaja znakomicie bez wywarcia wpływu na nerki i serce. Autor zauważył jednakże, że somnifen działa bardziej deprymująco od luminalu.

Injekcje duboizyny i hyoscyaminy są również pożyteczne, chociaż mało używane i niezbyt dogodne.

Nie należy nigdy stosować w stanach manjakalnych zastrzyków zawierających opium, a więc sedolu, pantoponu, heroiny, i t. p. Środki te uspakajają chorego, by go tembardziej później rozdrażnić, a nawet pozbawić życia przy wadzie nerek, lub serca.

Bardzo dobrym jest chloral zastosowany w lewatywie.

Połączenie chloralu z bromem, hyoscyaminą, lub Cannabis indica stanowi środek bardzo skuteczny.

Chloralu nie należy używać, jeżeli wątroba źle funkcjonuje, lub jeśli istnieje intoksykacja przewodu pokarmowego.

Dial jest środkiem równie dobrym w stosowaniu doustnem jak i zastrzykowem.

Innemi środkami są: Casemiroa edulis, belladonna, szakłak, veratrum album i viridum, helleborus niger, aristolochia (kokornak), chmiel, passiflora, leptologium elegans, lipa, walerjana, mulungu, gynergena, genoskopolamina, i t. d.

Psychoanaliza i psychoterapja mają wielkie znaczenie w stanach manjakalnych, spowodowanych wpływami seksualnemi i normalnemi. Autor powołuje się „między innemi“ na przypadek (innych nie wymienia) z chorą cierpiącą, z powodu tego, że narzeczony miał wątpliwości co do jej dziewictwa, a wyleczoną na podstawie dowodu, że narzeczony tych wątpliwości nie miał.

U syfilitycznych zaleca się bismut i rtęć. Arszenik jest mniej użyteczny, ponieważ powoduje przekrwienia.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE - Dziekanka.

HENRI WALLON: Syndromes d'insuffisance psycho-motrice et types psycho-moteurs. (Syndromy niedomogi psychomotorycznej i typy emocjonalne). Annales Médico - Psychologiques. Tome I, Nr. 4. Avril 1932.

Znaczenie, jakiego nabrały w ostatnim czasie badania wzruszeniowości, jej warunków i jej zaburzeń, łączy się z wielkiem przewrotem w zapatrywaniach psychologicznych.

Psychologja obraca się w kole obrazów, którego granice może rozszerzyć, lecz z którego całkowicie wydobyć się nie jest zdolna. Introspekcja nie ma przed sobą niczego bezpośrednio uchwytnego, prócz stanów świadomości poznawalnych, pod postacią form lub słów. Jak tu wyjść poza te ramy? W jakich warunkach powstaje obraz, ten obraz obrazu samego, który nie posiada mocy stworzenia samego siebie, który nie rozporządza egzystencją absolutną.

Obarczenie emocjonalne obrazu, ideje - siły, dowolne wyobrażenia, jakoteż i formułki czysto werbalne, należą do zjawisk ubocznych, służących tylko do ujawnienia przepaści jeszcze oczywistszej. Należy podkreślić równoległość obrazu z wzruszeniowością. Nic nie pomaga do wniknięcia obrazu w głąb wzruszeniowości. Trzeba się strzec przed odwiecznem mieszaniem myśli z istnieniem, Nie należy mieszać wyniku z jego własną przyczyną. Streszczając się można rzec, że nagromadzenie obrazów czyni z wzruszeniowości i czynności na ogół tylko epifenomen niewyjaśniony.

Mimo pewnych uprzedzeń dawniejszych zaczyna się w psychologji zwracać bardziej uwagę nie na to, co się wewnętrznie osadza, lecz na to, co zewnętrznie da się potwierdzić; nie wysuwa się na pierwsze miejsce samokontemplacji, lecz — akt. Między

przyczyny zewnętrzne aktu i podstaw subjektywnych wzruszenie nie wsuwa się, lecz miesza się z niemi, nie mogąc być z tego powodu wyłuskanem z nich jako coś odosobnionego.

Postęp analizy klinicznej i fizjologicznej wzruszenia pokazał grę skomplikowaną funkcyj, łączących w osobie możliwości bezpośrednio psychicznego działania, jako równowagę i opanowanie siebie; unaocznił automatyzm postawy samoistnej, lub dostosowanej; ujawnił stopień energetyczny napięcia mięśniowego i gotowość, lub odporność wobec pobudek psychomotorycznych.

Znajomość zaburzeń i zjawisk funkcyjnych, idących w parze z urazem ośrodków, lub dróg nerwowych, dalej także znajomość niedoskonałości, czy odrębności, nakoniec i znajomość reakcyj autonomicznych, wyzwalanych w doświadczeniach ze zwierzętami, po usunięciu im odpowiednich ośrodków wyższych, trzy te źródła informujące uzupełniają i potwierdzają się wzajemnie, dając możność zespolenia rozpierzchłych spostrzeżeń u poszczególnych osobników.

W ten sposób dają się ustalić syndromy poszczególnych typów. Typ może się ustosunkować do syndromów, jako obraz dodatni do ujemnego, jako stan, w którym spotykają się bez reszty skłonność i podatność jako i syndrom, uszczerbku i braku. W powyższym kierunku idą doświadczenia Dupré'go, będącego jakoby odkrywcą opisanego przez siebie syndromu niedomogi emocjonalnej i psychicznej.

Wiele z tych syndromów wyróżniono od czasu Dupré'go. Listę ich sporządził Gourévitch. Dał im nazwę autora, który je opisał starając się umieścić je w systemie. W ten sposób rozróżnił „infantylizm ruchowy“ Homburgera (l'infantilisme moteur de Homburger), syndrom piramidalny Duprégo, syndrom móżdżkowy Wallona, syndrom pozapiramidalny Homburger - Gourevitcha, syndrom frontalny Gourevitcha, opisany przez autora pod tą samą nazwą w r. 1925.

Idąc śladem Gourevitcha autor uważa, że można w uzupełnieniu jego rozważań i układu ustanowić: typ, albo syndrom infantylizmu ruchowego asynergicznego, ekstrapiramidowego dolnego ekstrapiramidowego średniego i górnego, kortykoprojektywnego i kortykoasocjatywnego, wśród których syndrom frontalny jest tym który ujawnia się w rozwoju duchowym dziecka zaburzeniami najogólniejszemi i najpoważniejszemi.

Typ infantylizmu motorycznego opisanego przez Homburga, nie przekracza wieku najwcześniejszego dziecięctwa, a więc 3 - 4 lat. Co się staje z dziećmi choremi jest niepewne, Gourevitch przypuszcza, że mogą uledz syndromowi Duprégo, objawiającemu się w nienormalnem trwaniu stanów motorycznych w pierwszych miesiącach życia. Zalicza się tu:

Trwanie pewnych refleksów: najbardziej znany jest opisany przez Babińskiego odruch w zasięgu dróg piramidowych, będących odruchem normalnym u oseska w wieku aż do 6, a nawet 9 miesięcy, mianowicie ekstensja i rozstawienie palców u nóg, szczególnie dużego palca po lekkiem potarciu podeszew w okolicy zewnętrznej. Od początku funkcji dróg piramidowych, refleks zmienia się w kierunku zgięcia ze skupieniem palców.

Zauważa się trwanie pewnych postaw, stałą ekstensję i odosobnienie wielkiego palca u nogi, podczas chodzenia w pozycji siedzącej i leżącej, nawet po ustąpieniu odruchu Babińskiego. Występuje supinacja i fleksja plantarna stóp w pozycji siedzącej, lub leżącej i nawet czasem podczas chodzenia, bez spasmu i bez przeszkody w ruchach powolnych. Zauważa się zgięcie przedramienia przy odwróceniu przedniej części ku górze, jak podczas snu osesków. Później dochodzi do tego zwrócenie kciuka ku tyłowi podczas ruchu ramion przy chodzeniu.

Dołącza się do wszystkiego trwanie pewnych synergizmów, jak ruchy „chwytne“ u stóp i palców nogi, zgięcie, zamiast ekstensji u kciuka w akcji chwytnej.

Występują synkinezje wadliwe, jak gesty i postawy popychania, atetotyczne skurcze u rąk i stóp łączące się z ruchami intencjonalnemi.

Do niedomóg postawy i ruchów zaliczyć należy opóźnienie ruchów dowolnych siadania i biegu. Towarzyszy tym objawom wiotkość mięśni i ścięgien karkowych z pochyleniem głowy i ruchami spastycznemi kończyn dolnych. U dorosłego może przetrwać analogiczna słabość mięśni karkowych i grzbietowych. Symptomy te kombinują się różnorako. Wszystkie jednakże odnoszą się do sfery odruchowej z pominięciem korowej. Syndrom zanika stopniowo. Rozwój intelektu jest powolny i wykazuje pewne luki.

Typ asynergji ruchowej i psychicznej wykazuje braki regulacji ruchów zależnych od móżdżku.

Występuje serja znaków, jak niemożność pozostania w spokoju. Stąd drganie, albo całego ciała, albo jego części. W posta-

wie stojącej przy złączonych stopach ujawnia się wahanie w obrębie równowagi ciała. Ten brak równowagi w przybranej postawie akcentuje się czasem bardziej w częściach głowy, niż tułowia. Należy tu i oczopląs, objawiający się szczególnie przy równoczesnem wzruszeniu duchowem, jakoteż i drganie mięśni naokoło ust i naokoło orbit. Wszystkiemu towarzyszą niekiedy gesty i grymasowania.

Typ pozapiramidowy dolny nie jest częsty. Gesty mimiczne i emocjonalne przypominają syndrom parkinsonizmu. Typ pozapiramidowy średni jest syndromem łączącym się często z hypertonją. Odruchy są nagłe, lecz jakby w uwięzi z powolnem obluźnieniem. Członki stawiają opór przy pasywnem naginaniu. Twarz może przybrać wyraz twarzy dziecka, oślepionego nadmiarem światła. Głos staje się zachrypły, szczególnie pod wpływem zakłopotania. Czasem znów mina bywa filuterna.

W odnoszeniu się do otoczenia występuje zwykle złośliwość i brak zaufania, potrzeba rewanżu. Pojawia się rumieniec twarzy, a nawet płacz z następującem rozdrażnieniem i gadatliwością, opór, i napastliwość. W nowem otoczeniu, dziecko zdaje się szukać najpierw porozumienia przez poddawanie się, albo znów oddaje się ruchliwości Przy pierwszej sposobności powraca do pierwotnego stanu.

Typ pozapiramidowy górny jest analogiczny z syndromem wzgórka wzrokowego. Nie ma objawów piramidowych, występuje natomiast bardzo szczególny polimorfizm odruchów. W odruchach wywoływanych z podeszwy, nie osiąga się nic stałego. W nieregularnych odstępach palce u nogi zginają się, lub wyprostowują. Podnoszenie nogi może nastąpić w stopniu niebywałym. Noga może opaść całym swoim ciężarem w połączeniu z oscylacją, albo pozostać w zawieszeniu, lub wykonać 2, lub 3 zygzaki w bok, nim zajmie stałą pozycję. Lekka asymetrja twarzy łączy się z fałdą nosowo - policzkową, podkreśloną przy uśmiechu, czy przy mówieniu. Oko jedno zamyka się bardziej od drugiego.

Drżenie języka jest długofaliste, wybuchowe, jednostronne, asymetryczne. Próba dotknięcia końca nosa palcem, jest zwykle poprawna.

Reakcje wazomotoryczne są łatwe, nagłe i intensywne. Ujawnia się wysiłek, wzruszenie, będące wciąż w napięciu wyzwolenia i podnoszące niestałość ruchową. Obecność drugiej osoby wyzwala, zależnie od okoliczności, albo przez przestrach z wstrząśnieniami nie-

zależnemi od woli, przedewszystkiem głowy i bark z aktami automatycznemi, z pocieraniem palców, obgryzaniem paznokci, albo przez gesty autorytatywne bez wytrwałości. Sen jest niespokojny.

Inteligencja dzieci może być normalna, a nawet wybitna, ale ujawnia się tylko dorywczo. Ogarnia przedmioty, lecz się przy nich nie zatrzymuje.

Syndrom *niędomogi psychomotorycznej*, albo syndrom *kortyko-projektywny*, jest zespołem cech nie pochodzących z tych samych miejsc kory mózgowej. Świadczącą o niezawodnej zależności piramidowej jest niezgrabność i słabość ruchów dowolnych, błędy w chodzeniu i mówieniu, a nawet moczenie nocne.

Symptomem niepiramidowym jest niezawodnie paratonja, którą Dupré określał przez niewładność wprowadzenia na rozkaz danych mięśni w stan odprężenia.

Typ *kortyko - asocjatywny frontalny* może się łączyć z symptomami *kortyko - projektywnemi*. Istnieje jednakże i w swoistem wyodrębnieniu.

Daleko od wykazywania jakiejkolwiek anomalji wykonania, ruchy posiadają bujność, swobodę i rozrzutność, dającą się spostrzedz w 4-ym, lub 5-ym roku. Posiadają grację podkreślaną przez Homburgera ruchów wykonywanych dla samych siebie.

I mimika jest ciekawa. Homburger nazywa ją zamkniętą w sobie, a towarzyszący jej gest godności, wyryty w twarzy, bardzo odpowiedni jest dla starca, lub dorosłego, lecz nie dla dziecka.

Znaczenie, jakie w zachowaniu każdego ma jego typ psychomotoryczny, jest jasne. Trudno go wywieźć zkądkolwiekbądź. Ale każda konstytucja psychomotoryczna daje pewną ilość możliwości, mogących być przedmiotowo wyświetlanych i podkreślanych. Tem samem studjowanie ich zasługuje na pogłębienie.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

TH. SIMON et P. LARIVIÈRE: Hypothèses sur la démence précoce. (Hipotezy o dementia praecox). Annales Médico — psychologiques. XIV. Série 90. Année. T. I Mai 1932. p. 497.

Autorzy pytają, razem z Heuerem i Le Guillantem, czy istnieje osłabienie intelektu w dementia praecox? Jaka jest jego natura, czy samoistna czy pochodna.

Odpowiedź, jak z góry zaznaczają, nasuwa tu więcej trudnych do rozważań problemów aniżeli wyjaśnień ostatecznych.

Badacz napotyka na wielorakie trudności.

Jedną z pierwszych jest samo zdobycie pewności rozpoznania. Dementia praecox nie przedstawia się tak jasno, jak porażenie postępujące. Dementia praecox zawiera w sobie postaci chorobowe, z których nauka może w przyszłości wyłączy osobne grupy chorobowe. Symptomatologja Kraepelina jest przestarzała. Szczególnie katatonji nie przypisuje się obecnie znaczenia tak bardzo groźnego, jak dawniej.

Tak samo schizofrenja i autyzm, ich przewlekłość i wyleczalność, nastręczają nam trudności rozpoznawcze.

Nie inaczej dzieje się z pojęciem osłabienia intelektu i jego wywodu z uszkodzeń organicznych. Wszelkie stwierdzenie osłabienia daje podstawy ważne dla prognozy.

Dla pewności osłabienia intelektu, nie wystarczy samo spostrzeżenie, jako takie, lecz równoczesna trwałość stanu zauważonego i łączność z innemi oznakami.

Ponadto należy obserwować chorych w spełnianiu funkcyj mentalnych, do czego nie zawsze nadaje się sposobność, szczególnie przy zahamowaniu. Ile razy należy wstrzymać się z tego powodu od sądu ściśle określonego o stanie inteligencji!

Ma się przed sobą przypadki chorych na dementia praecox, w której obniżenie intelektu jest niezaprzeczalne, ma się też przypadki, w których ono jest wątpliwe, czy może zależne od nastawienia rozpoznającego.

Czyżby więc chodziło tu o dwie różne choroby? Jest to pytanie uprawnione, na które narazie odpowiedzieć w sposób ścisły nie możemy.

Pewnego rodzaju uprawnienie przyznaćby można przypuszczeniu, że mamy do czynienia z obniżeniem intelektu w stanie inicjalnym. Trudność rozpoznania jest tu oczywista.

Chorzy robią wrażenie oligofreników, lecz różnią się od nich historją powstania choroby. Obniżenie poziomu intelektualnego zdaje się być czemś sztucznem i narzuconem.

Rozkwit zjawisk nienormalnych zaciera stan duchowy, pogłębia ich braki. Istnienie znamion nienormalnych, brak koordynacyj z nich wynikających, odznaczają się długotrwałością, co utrudnia naszą prognozę.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

XAVIER et PAUL ABÉLY: (Asile de Villejuif, Seine). **L'affectivité dans la démence précoce.** (Wzruszeniowość w dementia praecox). Annales Médico - Psychologiques XIV Série, Nr. 5, Mai 1932, p. 511.

Ma to być studjum krytyczne, połączone z osobistemi spostrzeżeniami, opartemi na przykładach klinicznych. Najpierw chodzi o określenie terminu dementia praecox. Autorowie pomijają pojęcie schizofrenji Bleulera jako zbyt szerokie, i biorą pod uwagę pojęcie dementia praecox Kraepelina w ścisłem ujęciu, a w szczególności hebefreno - katatonję, nawet z pominięciem form paranoidnych, złączonych z zamroczeniem jako dominantą. Odrzucają więc też tę odmianę, którą prof. Claude wyłączył z schizofrenji, pod mianem schizomanji. Możliwem jest, że zaburzenia emocjonalne są różne i mniej wyraźne w formie katatonicznej, aniżeli w formie hebefrenicznej, w formie toksyko - infekcyjnej, aniżeli w formie degeneratywnej, wyróżnionych przez Marchanda. Początek demencji praecox przedstawia różnorodność zaburzeń emocjonalnych, opisywanych częstokrotnie. Świeżo jeszcze opisali Dupouy i Pichard początkowy stan lękliwości w hebefrenji.

W zakresie wzruszeń u chorych, daje się zauważyć dysproporcja całkowita między wspomnieniem wzruszeniowem a ośrodkową reakcją. Możnaby dążyć do określenia życia wzruszeniowego u chorego na dementia praecox w jego zjawie i jego nasileniu emocjonalnem. Jeśli Bleuler i Kretschmer sądzą, że wobec reakcji ponademocjonalnej, osiągnięta jest miara ponadafektywna kompleksu, lub biegun ponadczuciowy afektywności, zdaje się, że konkluzje przekraczają granice dozwolonych dedukcyj. Korelacja między dwoma stopniami zjawiska wzruszeniowego, uchwycona w swoim zespole, jest zmienna, odnośnie do osobnika i miary jego wzruszeniowości.

W zakresie uczuć trzeba się odnieść z wielkim krytycyzmem, gdy chodzi o sądy o stanach podmiotowych u chorych na dementia praecox. Rozbieżność między wyrazem mimicznym, a procesem psychicznym jest tu ogólnie znana.

Metoda. Przy podjęciu studjum nad uczuciami w hebefrenji napotyka się zaraz na początku na trudności znaczne i dobrze znane już z powodu wyboru metody, jaką należy zastosować, by wniknąć w psychikę chorego. „Testy wzruszeniowe“, takie podatne w badaniu dzieci niedorozwiniętych i zwyrodniałych, są nie-

pewne i dają wyniki nierówne. Sposoby z zakresu podświadomości i wyławiania kompleksów podlegają wielorakiej krytyce. O psychoanalizie Freuda w stosunku do hebefrenji twierdzi Pascal, że okazała się bezowocną i dla badania, jak i dla leczenia. Pozostaje więc tylko zwykła obserwacja kliniczna i kontakt z chorym w rozmowach i na piśmie.

Należy do klasycznych spostrzeżeń, że zaburzenia emocjonalne w dementia praecox, powodują zaburzenia intelektualne; zdanie to podziela Bleuler. Istnieją jednakże i opinje całkiem odwrotne. Zdaniem autorów sąd pośredni jest najsłuszniejszy, uznający równorzędność wpływów intelektualnych, jak i emocjonalnych. Równorzędność wpływów zlewa się z paralelizmem form.

Większość badaczów współczesnych nie uznaje zbytniej generalizacji w rozpoznawaniu dementia praecox. Opis zaburzeń podlega ściślejszemu wyodrębnianiu. Nie wyłącza się dementia praecox dla trwałości objawów afektywnych. Szczególnie Bleulerowi zawdzięczamy twierdzenie, że afektywność nigdy nie jest doszczętnie zniesiona. Bleuler opisał ponadto zgęszczenie, ambiwalencję i kontrasty afektywne.

Po przytoczeniu ogólnych uwag, autorzy przystępują do wyliczenia uczuć, występujących u chorych na dementia praecox.

Najprostszym układem uczuć jest podział: na uczucia egoistyczne i altruistyczne. Jedne i drugie bywają osłabione. Dochodzi do utraty napięcia życiowego „athymhormji“ Guirauda; jest to załamanie wszystkich uczuć związanych z zainteresowaniem intelektualnem samym sobą. Utrata kontaktu z rzeczywistością, apragmatyzm Bleulera i Minkowskiego, to ruina uczuć związanych z światem zewnętrznym. Bleuler podkreślił szczególnie utratę łączności afektywnej z bliskimi nam. Dla niego otępienie wczesne jest przedewszystkiem osłabieniem sympatji. Guiraud podnosi słusznie fakt, że chorzy są tak samo obojętni w stosunku do swojej osoby, jak i do świata zewnętrznego.

Najprymitywniejszą formę uczuć altruistycznych jest naśladownictwo. Znane są przykłady chorych naśladujące samorzutnie złożone czynności pielęgniarzy, albo udział chorych w żartach i kalamburach. Istnieją także chorzy, uczestniczący w przedstawieniach. Często napotykamy na sympatję do tego, lub owego członka z rodziny. Stałość kompleksów Edypa okazała się tu problematyczna, tak samo często występowała u córki predylekcja do matki,

jak do ojca. Wiadomość o śmierci ojca spotkała się z obojętnością, o śmierci matki z niekłamaną rozpaczą. Nawet dawne przyjaźni utrzymują się i litość nie wymiera. Nowonawiązujące się sympatje wykazują pewną elektywność. Nawet tak skomplikowane uczucia stanowe i polityczne nie potrzebują być zatracone.

Do uczuć egoistycznych należą łakomstwo, chciwość, chęć posiadania, uczucie strachu przed pożarem, podczas burzy, przerażenie i bojaźń przed śmiercią. Chorzy nie zatracają zamiłowania do nauk i do sztuki. Wstyd i lękliwość odgrywają rolę, nieraz nawet chorobliwą.

Dysocacja dynamiczna w otępieniu wczesnem. Zdarza się, że wiadomość o śmierci bliskiej osoby przechodzi bez wrażenia, gdy tymczasem później list z bliższym opisem towarzyszących okoliczności przed śmiercią i w czasie pogrzebu, wzrusza do łez i jest przyczyną nieutulonej rozpaczy. Pojawienie się uczucia, jak i zanik zależą od kaprysu, nie podlegają żadnym prawidłom. Często chory, obojętny zrazu, wybucha nagłem uczuciem. Nagłe wzbudzenie wrażliwości, pojawia się niekiedy podczas agonji.

Bleuler przytacza interesujący przykład ambiwalencji uczuciowej. Stany te nie zawsze są sprzeczne z sobą.

Inną formę dysocjacji uczuciowej jest fragmentacja stanów psychicznych. Uczucie poważania n. p. jest syntezą uczucia miłości, posłuszeństwa i strachu. Otępienie wczesne, przyczynia się do rozszczepiania tych pierwiastków. Uczucie sromu jest również uczuciem złożonem z uczucia strachu przed fizyczną napaścią i moralną oraz z poczucia czci socjalnej.

Streścił Dr. med. Dr. phil K. WIZE - Dziekanka.

TH. SIMON ET P. LARIVIÈRE: Essai de contribution à la langue psychiatrique: 1. Niveau mental et abaissement de niveau. 2. Les affaiblissements intellectuels: a) passagers (confusion, stupeur, etc.), b) définitifs (tous les degrés d'affaiblissement jusqu'à la démence). (Przyczynek do mianownictwa psychjatrycznego: 1. Poziom psychiczny i obniżenie poziomu. 2. Osłabienie intelektu: a) przejściowe (pomieszanie, osłupienie, i t. d.), b) trwałe (wszystkie stopnie obniżenia, aż do otępienia). Annales Médico-Psychologiques, XIV[e] Série, Mai 1932, str. 577.

Autorowie starają się dać ścisłe określenie dla pewnych pojęć psychjatrycznych.

Poziom intelektu: W porozumieniu się z bliźnim oczekujemy od niego odpowiedniego poziomu duchowego. Najczęściej nie ma tu trudności. Czasem jednakże powstaje pewne niedostrojenie się wzajemne. Spostrzec można pewne granice w możności wzajemnego wniknięcia w zakres myślowy. Wynikają z tego różnice i pewna wyższość jednej inteligencji nad drugą.

Na drodze testów można tu osiągnąć pewną objektywnie ścisłą skalę, precyzję liczby, dającą wyższość nad słownem omawianiem zjawiska, tak, jak się dzieje z liczbami wskazanemi przez termometr ponad stopniem odczuwania ciepłoty przez dotyk.

Obniżenie poziomu. Mówimy, że poziom intelektualny osobnika jest obniżony, jeżeli nie osięga skali, którą zajmował poprzednio.

Najczęściej obniżenie poziomu oznacza się pośrednio, na podstawie przypuszczenia bez możności sprawdzenia, opierając się na korespondencji, lub na podstawie wyobrażenia o pewnym poziomie przeciętnym.

Można rozróżniać obniżenie pozorne i obniżenie istotne. Obniżenie pozorne występuje pod wrażeniem wypytywania; coś w rodzaju stuporu egzaminacyjnego. Obniżenie istotne zauważa się, jeśli osobnik poddaje się zupełnie wypytywaniu i czyni rzeczywiście wysiłki w kierunku odpowiadania.

Osłabienie intelektu. Mianownictwo będące w użyciu krępuje tu określenie otępienia, określenie skądinąd wygodne, obarczone jednakże zastosowywaniem dotychczasowem.

Pierwotnie ma znaczenie bardzo ogólne, ubytku rozumu; i wyraz „otępienie“ stosuje się tak samo do Oresta, jak i do Ofelji i do starca.

W mianownictwie psychjatrycznem pojęcie otępienia doznało ograniczenia poraz pierwszy ze strony Esquirola. Orzeczenie Esquirola brzmiało: osobnik otępiały stracił władze intelektualne. Tem samem otępiały wyróżniał się od oligofrenika, który nie stracił inteligencji, ponieważ jej nie miał, więc i stracić nie mógł.

Od otępiałych oddzielał Esquirol ponadto osobniki pozbawione inteligencji czasowo, przyznając im miano pomieszanych i osłupiałych.

Zastrzeżenie co do odróżnienia powyższego otępienia i oligofrenji, poczynili Toulouse i Heuyer. Niektóre postaci oligofrenji są otępieniem. Dotyczy to szczególnie osobników rozwijających się dobrze w dzieciństwie, aż do chwili, gdy jaki koklusz spowo-

duje uraz mózgu i utrwali stan otępienia. Dziecko nie jest ani otępiałe ani oligofreniczne, lecz równocześnie jednem i drugiem.

Streścit: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE - Dziekanka.

HENRI CLAUDE et HENRI EY: Évolution des Idées sur l'Hallucination. Position actuelle du Problème (Ewolucja pojęć o halucynacji Obecny stan zagadnienia). L'Encéphale. XXVII. Année. Nr. 5. Mai 1932. p. 361.

Trudno uważać świat zjawisk jako prostą i bezpośrednią daną dla naszych oczu i uszu. Dziecko stawa przed zjawiskami, jak początkujący przed histologicznym przekrojem. Od iluzyj optycznych do przekształceń zależnych od wzruszeń, uwagi, wierzeń, suggestji istnieją przejścia, które dowodzą, że ujęcie „rzeczywistości" jest tworem elastycznym. Tylko nieustanne sprawdzanie za pomocą naszego umysłu pozwala nam ustalić odstęp rzeczywistości od naszych czysto imaginatywnych wyobrażeń.

Halucynacja polega na ujęciu rzeczy nierealnej, jako realnej, z wewnętrznem przeświadczeniem o jej realności.

Esquirol, który rozróżnia dokładnie halucynacje od iluzji, mówi: „W halucynacjach wszystko odbywa się w mózgu; osobnik podlegający ekstazie, znajduje się pod wpływem halucynacyj, śniąc na jawie. Czynność mózgowa jest tak intensywna, że ktoś zwidujący, halucynujący, obdarza ciałem obrazy i ideje pochodzące z pamięci bez udziału zmysłów".

W roku 1842 Baillarger podkreślał trzy zdające mu się najbardziej charakterystyczne cechy halucynacyj: ćwiczenie przymusowe wyobraźni, wstrzymanie zewnętrznych wrażeń i wewnętrzne podniecenie ośrodków zmysłowych.

Leuret przedstawił halucynację jako „rozdwojenie umysłu, prawdziwy dualizm u jednego i tego samego osobnika".

Séglas w swoich klasycznych studjach, rozciągnął pojęcie halucynacji na pewne motoryczne impulsy mowy. Inne halucynacje „motoryczne" zanotowano w sposób klasyczny, jak spostrzeżenia Krishabera, w których chory odczuwał nogi swe jakby „przeistoczone przeciw jego woli".

To, co charakteryzuje takie halucynacje, to już nie projekcja wyobrażeń na zewnątrz, lecz projekcja punktu wyjścia wrażenia poza osobowość.

Dyskusja z r. 1855 w „Société Médico - Psychologique“, która stała się sławną w rocznikach Psychjatrji francuskiej, rozwinęła się cała naokoło zagadnienia, czy jest różnica stopnia między wyobrażeniem z jednej strony, a ujęciem i halucynacją z drugiej strony.

Najważniejszem zadaniem chwili jest wiedzieć, czy halucynacja jako taka, jest zjawiskiem patologicznem. Odpowiedź brzmi, że halucynacja jest zjawiskiem niezależnem od zaburzenia umysłowego, rodzącem się w mózgu, skądinąd zdrowym.

Niektórzy autorzy pragnęli zachować dla halucynacji charakter zmysłowoprzestrzenny i nazwali pseudohalucynacjami zjawiska nie posiadające tego charakteru; inni chcieli wykazać, że halucynacje, jako wrażenia nie mające realnego przedmiotu, jako źródła powstania, można tylko uważać jako jedno ze zjawisk w zespole psychicznym, będącym ich źródłem.

Doświadczenia poczynione z jadami wywołującemi halucynacje (meskalina) łączą się pod względem klinicznych objawów z onirycznem toksykoinfekcyjnym. Wywołują znamienne zaburzenia świadomości i przeistoczenia zjawiskowego.

Widzieliśmy, że początkowa definicja halucynacji podkreśla jej charakter przedmiotowy, to znaczy, że z halucynacją ma się do czynienia jedynie wtedy, gdy ktoś wierzy w rzeczywistość przedmiotu nieistniejącego. W dalszym ciągu rozważań definicję tę zamieniono w następujące określenie: Istnieje halucynacja, gdy ktoś ma wrażenie, które go zniewala do umiejscowienia jego treści na zewnątrz siebie; do uprzedmiotowania go (ksenopatja).

Pseudohalucynacją nazwiemy te wrażenia, które albo są spostrzegalne, albo wychodzą od jakiegoś przedmiotu.

Z jednej strony tu chodziło o marzenia (phénomènes de rêverie), mniej lub bardziej „wymuszone“, opisane przez Kadinsky'ego i Hagena. Trzeba będzie tu dodać do tej kategorji zjawiska halucynozy (halucynacje świadome) to znaczy wszystkie fantasmy, które przedstawiają się świadomości jako istniejące, lecz nierzeczywiste.

Z drugiej strony będziemy mieli wszystkie wrażenia fałszywe o przedmiotach. Chodzić tu będzie o złudzenia (illusions) i o ich interpretację.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

M. L. MARCHAND: Séméiologie de l'anxiété et de la douleur morale. Leur traitement. (Semjologja stanu lękowego i cierpienia moralnego). Gazette des Hopitaux, 105 année Nr. 48. 15 juin 1932 r.

Niektóre stany chorobowe są tylko wzmożeniem stanów fizjologicznych. Znamieniem lęku normalnego jest uczucie niepewności, braku postanowienia, uczucie wyczekiwania i nadzieji w stopniu słabszym, w silniejszym cierpienie moralne.

U osób normalnych stany wymienione mijają ze zniknięciem przyczyny. Między temi stanami fizjologicznemi a formami chorobowemi istnieje stan konstytucyjny, który odpowiada konstytucji emocjonalnej u Dupré'go. Chodzi o osobników, których opadają stany lękowe, z powodu przyczyn przemijających, błahych. Między nimi niektórzy zajmują się nieustannie swoją chorobą, stając się chorymi z urojenia. Pierwsze lepsze słowo, wyczytanie tego czy owego zwrotu, wywołuje u nich powstanie stanu lękowego. O ile stan ten się utrwali, mówimy o zespole psychozy lękowej Davaux'a i Logre'a.

Stany lękowe i cierpienie moralne są bardzo częste na początku i w przebiegu przeróżnych chorób, czy to nerwowych, czy psychicznych, czy organicznie nerwowych z przewagą symptomów psychicznych w przebiegu chorób nerwowych organicznych, mogących się dodatnio ujawnić w zaburzeniach psychicznych.

Newrozy. Neurastenja. Stan lękowy i cierpienie moralne są następstwem nienormalnych wzruszeń fizycznych u neurastenicznych, uczucia znużenia równie fizycznego, jak i duchowego, odbierającego zdolność do czynu.

Histerja. Zaburzenie wzruszeniowe może połączyć się z wielkiem zaostrzeniem się, od teatralnego przybierania pozy do najostateczniejszego przerażenia.

Newroza traumatyczna. W czasie wojny zauważyć było można dwie przedewszystkiem należące tu postaci wstrząsu emocjonalnego i wstrząsu mózgowego, nieraz u jednego i tego samego osobnika.

Wstrząs emocjonalny następuje po nagłych wybuchach, niezwykłych zdarzeniach. Mija u osób zrównoważonych, u osób predysponowanych trwa nadal. Ostre zamroczenia łączą się ze snami niepokojącemi.

Wstrząs mózgu polega na urazach organicznych mózgu, którym towarzyszyć mogą stany lękowe.

Psychozy. Obsesje, psychastenje. Stan lękowy podtrzymują myśli natrętne, że lęk jest połączony z wyobrażeniami mylnemi, których się jednak osobnik pozbyć nie może i które uważa sam za chorobliwe.

Toksykomanje. Potrzeba narkotyków tłumaczy się lękiem dającym się przytłumić tylko użyciem środków narkotycznych.

Stany hipochondryczne. Bóle mało, lub dobrze zlokalizowane wywołują lęki połączone z mniemaniem, że chodzi o ciężkie zachorzenie i niewyleczalność.

Stany melancholijne. W melancholji prostej, cierpienie moralne jest znamieniem naczelnem.

W melancholji lękowej, będącej tylko fazą melancholji prostej, reakcje lękowe, wzdychania, gestykulacje wysuwają się na pierwsze miejsce.

W razie, gdy stan lękowy i cierpienie moralne pojawiają się po pięćdziesiątce, należy myśleć o melancholji inwolucyjnej i wątpić o jej chroniczności.

Jeśli melancholja w połączeniu z lękowym stanem przechodzi w podniecenie manjakalne, należy myśleć o psychozie manjakalno-depresyjnej.

Urojenia prześladowcze. Z lękowym stanem idzie w parze podejrzliwość w stosunku do otoczenia i obawa przed grożącym niebezpieczeństwem.

Choroby nerwowe z przewagą znamion psychicznych.

Pomieszanie psychiczne proste. Szczególnie, kiedy do pomieszania przyłączą się widzenia senne, lękowy stan jest częsty. Większość przypadków pomieszania należy bądź to do intoksykacyj, których typową postacią jest bredzenie u alkoholików, bądź to do psychoz letargicznych, bądź to do psychoz urazowych.

Alkoholizm mózgowy. W przypadkach niezbyt ostrych, oniryzm przeważa jako czynnik. Osobnik staje się ofiarą halucynacyj, w których główną rolę odgrywają lęki.

Psychozy letargiczne. W śpiączkach syndrom ostrego bredzenia jest najcięższy.

Porażenie postępujące. Stan lękowy z cierpieniem moralnem może być zwiastunem porażenia, nie zdradzającego się jeszcze niczem innem.

Dementia praecox. Stan lękowy łączy się z innemi zaburzeniami psychicznemi, szczególnie z pomieszaniem manjakalno-depresyjnem i hipochondrycznem, mogącem być przytem cechą domi-

nującą. Każde zaburzenie lękowe bez widocznej przyczyny, może u młodych osobników zapowiadać dementia praecox.

Otępienie starcze. Stany lękowe występują na początku choroby z cierpieniem moralnem i przygnębieniem. Poprzedza je zanik inteligencji.

Epilepsja. Powiew może polegać na stanach lękowych zjawiających się nagle w połączeniu z nieokreślonym niepokojem i przestrachem. U niektórych chorych pozostaje przytem: lecz sam ten objaw niemniej jest nader przykry.

Nerwowe choroby organiczne. Stany lękowe występują na podstawie nowotworów mózgowych, zachorzeń opon mózgowych, śpiączki nagminnej, zachorzeń mózgu toksykoinfekcyjnych, w szczególności wodowstrętu, syfilisu mózgowego, wysięku, arterjosklerozy, rozmiękczenia mózgu, syndromu pseudobulbarnego, wiądu rdzenia, drżączki poraźnej. Stan lękowy jest tu uzasadniony.

Reakcje cielesne w stanach lękowych. Stan lękowy i cierpienie moralne mają swoje umiejscowienie w korze mózgowej. Należą więc do życia świadomego, osobniki duchowe upośledzone nie odczuwają lęków, ani cierpienia moralnego.

Leczenie. Należy rozróżniać zabiegi profilaktyczne, etiologiczne i symptomatyczne.

Trzeba uchylać wszystkie przyczyny przygnębienia, zalecać zajęcie nie narażające na przepracowanie; często wystarczy towarzystwo osobnika, do którego chory ma zaufanie.

Wyszukanie przyczyny stanu lękowego i usunięcie jej pomaga w leczeniu najskuteczniej.

Symptomatyczne zabiegi zwrócić należy ku przeciwdziałaniu schudnięcia, bezsenności i podnieceń nerwowegetatywnych.

Obok licznych środków chemicznych i roślinnych, można stosować wyciągi z organów zwierzęcych. Hydroterapia, kąpiele, tusze, wypoczynek w łóżku należą do środków pomocniczych w leczeniu lekami.

Psychoterapja zależną będzie od rodzaju leków. Pokazało się, że przekonywanie psychiczne jest bezcelowe w melancholji i w bredzeniu.

Każdy znajdujący się w stanie lękowym pacjent musi być pod ścisłą obserwacją. Opieka zakładowa jest konieczna, jeżeli stan lękowy łączy się z myślami samobójczemi.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

HENRI CLAUDE: L'Hystérie dans ses rapports avec divers états psychopathiques. (Histerja w stosunku do różnych stanów psychopatycznych). L'Encéphale XXVII Année, Nr. 6. Juin 1932, p. 449.

Postacie zaburzeń histerycznych podlegają dyskusji z powodu dwu przyczyn: najpierw zakres histerji na ogół jest niedostatecznie wykreślony; z drugiej strony zjawiska, oznaczone jako histeryczne, połączone są bardzo często ze stanami psychopatycznemi, poprzedzając je, lub dołączając się do nich.

Autor pragnie wyjaśnić stosunek między pewną liczbą zaburzeń psychonewropatycznych pochodzenia psychastenicznego a histerją, z jej stanami schizoidnemi, zwanemi tak z powodu ich analogji z owemi zachorzeniami. Autor sądzi nawet, że możnaby połączyć tę grupę zachorzeń z zachorzeniami, które się mieszają z niemi, lub następują po nich, pod ogólnem mianem schizoza.

Zagadnieniem, które tu się autorowi narzuca, jest pytanie, czy istnieją zaburzenia psychiczne, które miałyby specyficzne znaczenie dla histerji, pozwalając na zróżniczkowanie ich wobec najzwyklejszych objawów psychonewropatycznych. Dalej pyta się autor, czy w histerji występują symptomy zaliczone do stanów schizoidnych, coby histerję łączyło z schizofrenją mimo odrębności pochodzenia, i czy istnieją zespoły histeryczne i schizoidyczne zbliżone do zespołów histero - organicznych.

Wybuchy histeryczne mogą przybrać formę wszelkich manifestacyj połączonych z ruchami klonicznemi, z drżeniem mięśni, z wybuchami płaczu i szlochaniem, ze stanami lęku połączonemi z gestami o charakterze teatralnym.

Obok tego występuje zjawisko snu histerycznego, bądź to pod postacią somnambulizmu, bądź to pod postacią narkolepsji, a nawet katalepsji. Somnambulizm polega na aktywności ruchowej o charakterze automatycznym. Pacjent może spełniać czynności, jak ubieranie się, poruszanie się z ominięciem przeszkód i wykonywać zwykłe czynności, zarówno łatwe, jak i wymagające dużej sprawności. Po zbudzeniu pacjent nie zdaje sobie z niczego sprawy.

Autor wyróżnia, jako szczególny przypadek histerji, zachowanie się pewnej pacjentki, u której objawy histeryczne przybierały trojaką postać: napadów bezwładu, somnambulizmu i napadów kurczowych.

Napady bezwładu objawiały się pewnym rodzajem ostatecznego znużenia, połączonego z osłabieniem nóg, z uczuciem utraty tchu, z lękiem oraz ściśnięciem gardła.

Somnambulizm objawiał się w utracie kontaktu ze światem zewnętrznym, w ruchach machinalnych, przechodzących w katatonję i katalepsję.

Innym razem miał autor do czynienia z pacjentką, która po nagłej utracie dziecka, zachowywała się jakby w stanie snu, piastując coś w ramionach.

Powstaje zagadnienie, czy wymienione stany należą wyłącznie do zespołów histerycznych.

Od czasu rewizji, jaką Babiński poczynił w sprawie rozpoznawania histerji, wyłącza się z niej wszystkie te przypadki, których nie można wyleczyć na drodze wpływania psychicznego i które nie mają źródła swego w sugestji.

Hesnard twierdzi, że jest niewątpliwem, że wiele zjawisk opisanych, jako psychastenja, wyobrażenie poniewolne, skrupuły, lęki, zatrwożenia, drgania należą do początkowych objawów schizofrenji, albo stanów schizoidnych. Zachowanie lub wzmożenie samokrytyki charakteryzuje psychastenika. Schizofrenik w początkach, szczególnie zaś schizoid, jest automatem pod wpływem wewnętrznych pobudek. Choćby przez czas pewien dostosowywał się do otoczenia, zwolna staje się wobec niego obojętnym.

W każdym razie w zachorzeniu histerycznem, zaburzenia czynnościowe i dyssocjacje są tylko czasowe. Występują z powodu jakiegoś pierwiastka emocyjnego. W zachorzeniu schizoidalnem, dyssocjacja jest podstawą zachowania się i całej konstytucji psychicznej, przez co mniej jest zależną od pobudek zewnętrznych. Pewne zbliżenie między obu zachorzeniami wyraża się jednak w tem, że schizoid wystawia na pokaz swój świat urojeniowy, podobnie jak histeryk czyni to ze swoją kontrakturą, i to bez zakłopotania, z całą swobodą.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K WIZE - Dziekanka.

JACQUES VIÉ, JEAN BOBÉ: Les idées délirantes de grossesse. (Urojenia ciąży). L'Encéphale, Nr. 6, XXVII Année, Juin 1932. p. 468 in.

Autorzy mieli sposobność badania całego szeregu przypadków urojeń ciąży. Łączą się one z instynktem macierzyństwa. Badanie ich zaniedbano w ostatnim czasie, z powodu zajęcia się bardzo wyłącznego sprawami seksualnemi w kierunku freudysty-

cznym. Napotyka się te urojenia w najróżnorodniejszych zachorzeniach, przyczem opanowują one często cały obraz kliniczny.

Urojenie ciąży odróżnia się od „domniemanej ciąży" (fausse grossesse). Toulouse i Marchandi wypowiadają się w słowach następujących: „Domniemana ciąża nie jest bredzeniem i polega na symptomatach, które mogą wywołać złudzenie nawet u lekarza.

W praktyce całość zagadnienia nie jest tak prosta. Jasnem jest, że po upływie 4 miesięcy ciąży istotnej, czy domniemanej następuje pewność, która usuwa wątpliwości. Lecz przed tym czasem możliwe jest wahanie. Wstrzymanie menstruacyj, wymioty, przybieranie tuszy, łudzą. Dupré i Pagniez ogłosili w r. 1902 przypadek fałszywej ciąży przy postępującem porażeniu: chodziło tu o przeświadczenie bredzeniowe, z równoczesnem przybraniem tuszy, odmą śródścienną jelit i kurczeniem się mięśniowem ścian.

Rozróżniamy urojenia ciąży po urazie na tle seksualnym u wątłych, w bredzeniu przewlekłem, w bredzeniu depresyjnem inwolucyjnem i w przebiegu stanów otępienia.

Urojenia ciąży zdarzają się na ogół u kobiet, nie brak ich jednakże i u mężczyzn, chorych na otępienie wczesne, jak w przypadku opisanym przez Chaslin, albo na porażenie postępujące, o czem pisze Beaudouin.

Przypadki te wskazują na głębokie rozdwojenie osobowości Akt seksualny, do którego chorzy odnoszą początek ciąży jest albo prawdziwy, albo urojeniowy, połączony najczęściej z zarzutami zgwałcenia przez sąsiada, „masonów", zięcia, i t. p.

Ustosunkowanie chorych wobec domniemanej ciąży łączy się z uczuciem zadowolenia, albo zaniepokojenia.

Chorzy myślą albo o samobójstwie, albo o oskarżeniu przed władzą, lub sądem.

Niektóre chore poznawają swoją omyłkę, inne podtrzymują swe przekonanie w sposób przekraczający wszelkie prawdopodobieństwo. Porwanie dziecka, połóg podczas snu, uzupełniają obraz urojenia.

Nieraz chora jest przekonaną, że nosi w sobie nie dziecko, lecz pewną ilość młodych zwierząt.

Jądro zachorzenia wedle zdania autorów, nie może znajdować się gdzieindziej, jak w mózgu. Uszkodzenia wnętrzności jamy brzusznej, zaburzenia spastyczne, lub wazomotoryczne, uzupełniają obraz choroby, nie będąc jej podstawą.

Omamy złączone z częściami rodnemi, erotyzm inwolucyjny, wrażenie wyjątkowe podczas aktu seksualnego, napełniają duszę chorej urojeniami bliskiego macierzyństwa. Myśl o ciąży staje się tematem uprzywilejowanym, z powodu, że korzenie jej tkwią głęboko w instynkcie podstawowym kobiet.

W ten sposób osiągamy w szerokich linjach obraz strukturalny urojenia ciąży, jako zjawiska podstawowo psychologicznego, nieodłączalnie związanego z organiczną przyczyną znajdującą się w mózgu.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE - Dziekanka.

H. CLAUDE: Recherches récentes sur la pathologénie de la sclérose en plaques. (Najnowsze doświadczenia nad pochodzeniem stwardnienia rozsianego). L'Encéphale, XXVII Année, Nr. 6, Juin 1932, p. 517 i n.

Według autora nie można „zabronić", by na podstawie pewnych danych anatomoklinicznych nie być przekonanym, że jad przeróżnych infekcyj może stać się aktywnym w kierunku neuropatologicznym, powodując zapalenie substancji szarej rdzenia, zapalenie rdzenia rozsiane, mózgowordzenne, albo zapalenie mózgu typu nagminnego zapalenia mózgu.

Przekonanie to popiera autor przytaczając i omawiając doświadczenia całego szeregu badaczów. Na podstawie tych doświadczeń dochodzi do wniosku, że obok atrofji mięśni złączonych z obrażeniami przednich rogów rdzenia, po nagminnem zapaleniu substancji szarej rdzenia (Heine - Medina), przypisać należy takież same objawy zakażeniom wszelkiego rodzaju, spowodowanych przez pneumokoki, jady, jak n. p. toksyna i antytoksyna tężca i t. d.

Doktryna specyficzności bądź anatomicznej, bądź klinicznej, w związku z działaniem swoistem pewnych jadów w stosunku do wchodzących tu w grę zachorzeń, pozostaje jeszcze w mroku. Dla tego zdaniem autora, pożyteczne jest zbieranie jaknajwiększej ilości faktów i poddanie ich krytyce, mogącej doprowadzić do zaprzeczenia pewnych podanych przyczyn, podczas gdy inne spostrzeżenia, lepiej podpatrzone, będą mogły być wpisane między trwałe zdobycze wiedzy.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

D. TRIANTAPHYLLOS: La physiologie pathologique du syndrome épileptique et la nature destructive de son processus. (Fizjologja patologicznego zespołu epileptycznego i jej destruktywna natura). L'Encéphale, XXVII Année, Nr. 6, Juin 1932.

Autor skorzystał z okoliczności, że jego fizjologicznem tłumaczeniem zespołu zajął się M. Hartenberg, żeby bronić swoich wywodów, dotyczących natury destrukcyjnej procesu epileptycznego.

Czyni to w trzech kierunkach, rozpatrując najpierw zjawiska złączone z aurą czuciową i ruchową, dalej przyczyny pobudzające, jak alkohol, herbata, kawa, wzruszenia, i t. d., wyzwalające napad i w końcu środki przeciwpadaczkowe wstrzymujące wybuch.

Ruchy automatyczne, epizody obłędu, tłumaczą się przez wystąpienie niższych automatyzmów wyzwolonych przez zapory kortykalne. Neleżą tu mechanizmy omamów wzrokowych i słuchowych, gestów nieświadomych, obłędu wędrowczego, somnambulizmu, i t. p.

Wpływ przyczyn pobudzających, jak alkohol, herbata, kawa, wzruszenie, uważa autor tylko jako hipotezę, ponieważ większość tych przyczyn wywiera wpływ paraliżujący komórkę nerwową. Każda funkcja pozytywna znajduje antagonistę we funkcji negatywnej, która staje się jej normalną granicą i wędzidłem.

Jaki jest wpływ środków leczniczych działających przeciw wybuchom padaczkowym i gdzie się znajduje miejsce działania, nie jest pewnem.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

H. CLAUDE et H. EY: Hallucinose et hallucination. Les théories neurologiques des phénomènes psycho - sensoriels. (Halucynoza i halucynacja. Teorje neurologiczne zjawisk psychosensorycznych). L'Encéphale 1932, Nr. 7, p. 576.

Jest różnica między halucynacją uważaną za świadomą i za nieświadomą. Dlatego jeden z autorów (Claude) zarezerwował dla pierwszej z nich od dawna nazwę halucynozy, a jedynie dla drugiej pojęcie halucynacji.

W końcowych wnioskach streszczają się autorzy w słowach poniższych:

Klasyczne teorje neurologiczne o mechanicznem podrażnieniu ośrodków i dróg sensorycznych, zdają sprawę jedynie z tworzenia się elementarnego podkładu sensorycznego.

Ten podkład jest na ogół uorganizowany mechanizmem form urojeniowych mniej lub więcej złożonych i „sensorycznych".

Zjawiska te uznano w większości przypadków jako nieodpowiadające rzeczywistości. Składają się one na zjawiska „*halucynozy*".

Lecz spostrzeżenia nowsze, oparte z jednej strony na doświadczeniach Jacksona, z drugiej na zupełnie nowej patologji ośrodków snu, skierowały teorje o halucynacjach na zupełnie nowe tory. Potwierdzają równocześnie to, co analiza psychologiczna i kliniczna od czasu Moreau de Tours pokazała, a więc to, że halucynacja oparta na przekonaniu głębokiem, że się zjawisko nie istniejące spostrzega, związana jest z zaburzeniem poważnem czynności psychicznej i percepcyjnej.

Te same zaburzenia napotyka się w razach przechodzenia halucynozy w halucynację w przebiegu stanów równoczesnej senności, pomieszania i otępienia.

Sąd o prawdziwości i to „wrażenie istotności", które w sobie zawiera, mogą z powodu głębokiego zaburzenia czynności psychicznej być przypisywane obrazom, wspomnieniom, przybierającym wartość wrażeń bezprzedmiotowych. Mogą się również i wyjątkowo złączyć z nienormalnym podkładem sensorycznym (halucynoza), lecz pod temi samemi warunkami zaburzenia świadomości i mniemania.

W każdym razie wrażliwość sensoryczna nie jest zależna jedynie od mechanicznego podrażnienia dróg, a może jeszcze mniej ośrodków sensorycznych. Z drugiej strony jest niezdolna do wywołania sądu o rzeczywistości, nie będąc przyczyną wystarczającą dla przeświadczenia o prawdzie u podlegającego halucynacji i tem samem do powstania halucynacji.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE - Dziekanka.

G HEUYER: Psychoses et Crimes Passionnels. (Psychozy i zbrodnie afektywne). L'Hygiène Mentale, Nr. 7. Juillet - Août 1932, p. 196 - 211).

Psychozy afektywne obejmują wszelkie chorobowe formy egzaltacyj afektywnych, łączących się z zakresem polityki, miłości, porachunków, i t. p. Afekt roznamiętnia przestępców politycznych, jakoteż i erotycznych.

W zrozumieniu potocznem jednakże, niemedycznem, jednoczy się afektywność zazwyczaj tylko z przestępstwem na tle erotycz-

nem. Przed sądem przestępstwo polityczne nie uchodzi za przestępstwo afektywne.

Nie jest to rzeczą łatwą znaleźć dobrą definicję afektywności. Nie wyłączając Kartezjusza, ani Piotra Charron, definicje filozofów na ogół nie mogą zadowolnić lekarza współczesnego.

De Clérambault, odnowiciel pojęcia psychoz afektywnych, określił afektywność jako wzruszenie silne, głębokie, skłonne do trwania dalszego, łączącego w sobie duchowe moce od samego początku. Autor sam podał w swoim czasie definicję afektywności, jako wzruszenia silnego, trwałego, opanowującego rozum, kierującego czynami.

Znamiona afektywności są znane. Dupré oznaczał je, gdy opisywał konstytucję afektywną. Są one fizycznej natury: zaburzenia wazomotoryczne, odruchowe, wydzielnicze, skłonność do spazmów. Obecnie wszystkie te oznaki zalicza się do zaburzeń systemu współczulnego. Odruch zatrzymania serca przy ucisku gałki ocznej pozostanie najlepszym sposobem zbadania układu wegetatywnego i stanowi o wskaźniku fizjologicznym ukrytej afektywności.

Oznaki konstytucji afektywnej, zaburzenia współczulne, odchylenia równowagi endokrynnej dają afektywności podstawy fizjologiczne.

Psychozy afektywne z obłędem, inaczej obłędy afektywne były przedmiotem bardzo doniosłych badań, a de Clérambault podał dla nich określenie dotychczas klasyczne. U podstaw obłędów afektywnych, tak jak on je pojmował, znajduje się przeświadczenie nieistotne, lecz silne od samego początku powstania zachorzenia.

Prawie zawsze chodzi tu o obłęd prześladowczy. De Clérambault zjednoczył jako afektywne przeróżne odmiany klasyczne obłędu porachunków (revendication), erotomanij, zazdrości, do czego jeszcze można dołączyć idealizm afektywny (Dide).

Lecz we wszystkich przypadkach obłędu afektywnego: porachunków, erotyzmu, zazdrości, wynalazczości, posłannictwa społecznego, chory dostosowuje fałszywe urojenie, jako istotne. Stan patologiczny jest oczywisty.

Trudniejsze do wyodrębnienia są przypadki, w których stan afektywny zespala się z uprawnionemi preokupacjami około spraw istotnych. Są to „psychozy afektywne poza obłędem“, na granicy normalności i anormalności.

Są to stany afektywne czyste. Psychoza wolna jest od obłędu, lecz stan afektywny opiera się na zjawisku, na istotnym pod-

kładzie, ujmowanym przez duszę chorego stale i w sposób zasługujący na uwagę. Nie jest to obłęd. Claude proponował na określenie takiego stanu pojęcie „opętania", albo „stanu opętania".

Brak tego wszystkiego urojeniu, towarzyszącemu stanowi afektywnemu psychozy, które autor wybrał jako przedmiot swoich dociekań. Urojenie kojarzy się z afektywnością, przyczem afektywność ta wolna jest od lęków.

Autor przyjmuje termin zacietrzewienia (hantise) proponowany przez de Clérambault dla obłędów afektywnych albo wprost pojęcie urojenia (idée fixe).

Omawiając bliżej rodzaje psychoz afektywnych bez obłędu, zajmuje się autor psychozami erotyzmu, zazdrości, nienawiści, skąpstwa i pociągu do gry.

W psychozie miłosnej stanowczość lekarza, oczywistość przekonywania, postanowienie dotarcia do ostatnich granic odpowiedzialności, zagrożenie umieszczenia w zakładzie, może powstrzymać zwątpiałych od kroków rozpaczy. Uległy afektowi woli uchodzić za przestępcę i dostać się do więzienia, aniżeli być posądzonym o chorobę psychiczną i dostać się do zakładu.

Miłość zawiera w sobie zawsze „uprawnione" uczucie zazdrości, bez wyobrażeń obłędnych. Czasem uczucie zazdrości wysuwa się na pierwszy plan, jest jądrem psychozy afektywnej. Podobnie jak skąpiec, tak i zazdrośnik jest szczerym w swojej omyłce. Zazdrośnicy, popełniający zbrodnię, są, jak i zakochani, bardzo często znierównoważeni. W niektórych okolicznościach powstaje prawdziwy wybuch patologiczny, zbliżony do porywu złości, do przemijającego obłąkania („courte folie"). Podczas afektywnej burzy, wola podlega sile nieprzepartej, której okiełznać jest niezdolną.

Zazdrość znajduje nieraz ujście swe w nienawiści. Claudel stwierdził, że nienawiść jest tylko pewną odmianą miłości, ale o „czarnem" zabarwieniu.

Nienawiść potrzebuje do podsycania się bliskości tego, kogo się nienawidzi. Każdy dzień, każda godzina wyhodowuje nienawiść. W zbrodniach, powstałych z nienawiści, w których psychoza afektywna nie jest złączona z obłędem, nie ma na ogół recydyw i afekt uspokaja się raz na zawsze.

O skąpstwie napisał Rogues de Fursac książkę, do której dodawać cośkolwiek autor nie czuje się powołanym. Descuret opisuje spostrzeżenia nad skąpstwem doprowadzonem aż do przestępstwa. Duprès podaje przykład klasyczny żebraka gromadzącego skarby.

Pociąg afektywny do gry, to otchłań bez dna i wyrazu (visage). Jest on zwykle źródłem innych afektów, nałogowego zbytku, potrzeby hazardu, zaspokojenia ciekawości, dogodzenia współzawodnictwu. Descuret opisuje stany lękowe miłośnika gry, zaburzenia wazomotoryczne podczas hazardowania się, obojętność na wszystko, co nie jest grą.

Pociąg do gry znajduje ujście w dwu przeciwnych kierunkach: w samobójstwie i w morderstwie.

W przeciągu 20 lat gra wywołała w Paryżu 193 samobójstw, a na 1000 zbrodni, 113 ma swoją przyczynę w grze.

Często istnieje łączność między pociągiem do gry, a toksykomanją. Chodzi tu przedewszystkiem o morfinę, a jeszcze bardziej o kokainę.

We wszystkich przypadkach psychozy afektywnej, lekarz wkracza przed, albo po dramacie, jaki za sobą psychoza pociąga.

Przed dramatem prosi się lekarza o poradę, co czynić należy, po dramacie wzywa się lekarza jako eksperta.

W przypadkach wyraźnych lekarz nie będzie miał powodu do wahania się, w przypadkach „granicznych" (limite) należy przedewszystkiem ochronę społeczną mieć na oku.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

Dr. med. GERHARD OCKEL: Das „Lust — Unlust — Gesetz" und die „Willensunfreiheit" in ihrer praktischen Bedeutung für uns Aerzte und Menschen. (Prawo przyjemności i przykrości, a determinizm, i znaczenie ich u lekarzy i ludzi.) Fortschritte der Medizin 50 Jahrgang, Nr. 14, 8 Juli 1932. S. 567, u. Nr. 15, 22 Juli 1932, S. 613.

Autor powołuje się na pracę E. Tietjensa „Die Suggestion". Istnieją dla niego 2 podstawowe pierwiastki życia duchowego; 1) wrażenie zmysłowe (patrzenie, słyszenie, smakowanie, powonienie, dotykanie), z których za pomocą pamięci i fantazji powstaje całokształt wyobrażeń i myśli; 2) uczucia przyjemności i przykrości w najszerszem ujęciu. Przykrością jest wszystko, co jest dla nas nieprzyjemne, a więc n. p. niepokój, lęk, nuda,; przyjemnością jest wszystko co jest połączone z zadowoleniem, a więc też uczucia wzniesienia religijnego, zajmującej rozrywki, rozwiązanie trudnego matematycznego zagadnienia.

Pomiędzy wymienionemi dwoma podstawowemi pierwiastkami życia duchowego istnieje łączność kojarzeniowa. Przy tem

skojarzeniu dochodzi do dążności, jako owocu całego przebiegu duchowego. Dążność skierowana w pojedyńczym kierunku, stanowi o naszej woli. W tem ujęciu wola nie jest samodzielnym pierwiastkiem życia duchowego, lecz iloczynem świata myśli i świata uczuć.

Prawo przyjemności i przykrości kształtuje się wedle Tietjensa w następujący sposób:

„Iskra życia u ludzi ujawnia się w naszej świadomości jako prawidłowe, nieustanne dążenie doznawania przyjemności, omijania przykrości". Nie ma tutaj wyjątku. Nie ma żadnego wolnego postanowienia woli.

Każde postanowienie jakiegokolwiek stopnia jest sumą lub dyferencją poszczególnych dążeń, uzależnionych od wrodzonych popędów, od wpływów otoczenia i doraźnych wydarzeń.

Wszelkie zmiany pojedyńczej asocjacji wśród całego kompleksu kojarzeniowego, obojętnie czy wynikłego z wrodzonego popędu, czy zależnego od otoczenia, jakoteż wszelkie uzupełnienia przez nowe wyobrażenie z jej przynależną asocjacją, obojętnie czy z myśli własnej, czy od zewnątrz powstałą, wszelkie zmiany zmieniają też ostateczny wynik wszystkich dążeń — wolę.

Poczucie wolności czerpiemy z tego, że w zasadzie zawsze tego pragniemy, do czego jesteśmy zniewoleni.

Tak samo jak w postępowaniu, jesteśmy niewolnikami w myśleniu. I myślenie odbywa się ściśle wedle prawideł przyjemności i przykrości. I tu odczuwamy, jakoby w naszej mocy było myśleć to, co chcemy, lecz w rzeczywistości myślimy to, co musimy myśleć, odpowiednio do uczucia przyjemności i przykrości. Nie my usuwamy z naszej myśli uczucie przykrości, lecz ono samo się usuwa.

Praktyczna wartość powyższych rozważań dla lekarzy i ludzi jest wprost niesłychana. Wynika z nich zrozumienie jednolitości postępowania ludzi i wartościowania naszych uczynków, a równocześnie pewnych uprzedzeń, a nawet i błędów tradycyjnych.

Autor podziela zdanie Tietiensa, że my wszyscy na podstawie tradycyjnego wychowania posiadamy cały szereg błędnych wyobrażeń, nieraz katastrofalnie szkodliwych dla życia społecznego.

Tylko u tych, których teoretyczne przekonania zgadzają się z praktycznemi dążnościami, może być mowa o harmonijnej, zwartej w sobie osobowości.

Pokazuje się to w chorobach nerwowych i ważnem jest w stosowaniu psychoterapji. Wynikają stąd doniosłe założenia praktyczne.

Chory cierpi n. p. na agorafobję. Utworzyło się u niego błędne skojarzenie wyobrażenia wolnej przestrzeni w łączności z przykrem uczuciem lęku i utraty równowagi. Są dwa sposoby zwalczania chorobliwego stanu: włączenie wyobrażeń przyjemnych lub przykrych, będących w przeciwieństwie z nieprzekraczaniem wolnej przestrzeni.

Dla wszystkich podanych względów koniecznem jest przeświadczenie o niezaprzeczalnem panowaniu prawidła przyjemności i przykrości, oraz o nieistnieniu wolnej woli. Kto przeświadczenie to zdobędzie, stanie wobec pełni przełomowych kierunków myślowych w styczności z kształtowaniem własnego życia duchowego i światopoglądu doniosłego dla jego czynności zawodowej jako lekarza

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE Dziekanka.

JEAN LHERMITTE: La régulation des fonctions corticales. La mésencéphale, organe régulateur. (Regulacja funkcyj korowych. Śródmózgowie, organ regulacyjny). L'Encéphale XXVII Année, Nr. 9, Novembre 1932.

Zdaniem autora działalność kortykalna zdaje się być ściśle związaną z funkcjami czysto psychicznemi, mimo to jednakże pozostaje u niej pewna zależność od wpływów fizjologicznych wywieranych przez narządy, posiadające nad nią pewną kontrolę.

Ideja o narządzie regulacyjnym dla funkcyj cerebralnych jest bardzo starą. Mimo to zasługa Jana Camusa oraz Gustawa Roussy, którym nauka zawdzięcza tak wnikliwe doświadczenia, dotyczące aparatu wegetatywnego mózgu, jest niezaprzeczalna.

„Jak wątroba, nerki, serce", mawiał Jan Camus, „tak i mózg, i on też nie może być pozbawionym aparatu regulacyjnego". W oczach tego fizjologa, owego aparatu szukaćby należało w śródmózgowiu, obok ośrodków funkcyj odżywczych. Jan Camus przypisywał niezborności aparatu kojarzeniowego śród - mózgowia szereg zaburzeń psychicznych niezależnych do zachorzenia kory mózgowej.

Więcej niż 15 lat wstecz bronił podobnej koncepcji Hascovec. Zdaniem wybitnego neurologa praskiego, istniałby narząd central-

nej świadomości, w którym ześrodkowałaby się czynność psychiczna czuciowo-zmysłowa (sensorielle), w którym brałaby swój początek wola, która przewodzi wszystkim funkcjom ośrodkowym, porusza system ideatywny, kieruje funkcjami wegetatywnemi. Narząd ten przedstawiałby punkt szczytowy wszystkich procesów nerwowopsychicznych, a zlokalizowania jego możnaby się dopatrywać w sąsiedztwie trzeciej komory.

Jak widzimy Hascovec podaje nietylko problem istnienia aparatu regulacyjnego dla funkcyj psychicznych albo korowych, ale też i morfologicznego wyobrażenia o nim.

Doświadczenia nad całym szeregiem chorób psychicznych przekonywują o słuszności teoryj wygłaszanych przez Camusa i Hascoveca.

Coraz bardziej przekonywamy się, że inicjatywa dana przez Jana Camusa nie była bezowocna. Jesteśmy zupełnie w możności bronić na podstawie przykładów klinicznych i doświadczalnych, że istnieje splot nerwowy, rozpościerający swe włókna, rozmieszczający swoje neurony wzdłuż wypukłości rdzenia przedłużonego i śródmózgowia na dnie trzeciej komory.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

F. D'HOLLANDER et ROUVROY: La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse? Inoculations. Les lésions provoquées. (Czy otępienie wczesne jest pochodzenia gruźliczego? Szczepienia. Wywołane uszkodzenia). Annales médico-psychologiques. Tom II. Novembre 1932.

Na podstawie szczepienia kobajom (morskim świnkom) płynu mózgowordzeniowego, pochodzącego od chorych na otępienie wczesne, początkowo do jamy brzusznej, później podskórnie, jakoteż na zasadzie znajdywania prątków Kocha we krwi chorych, autorowie wykazują, że u chorych na otępienie wczesne napotyka się na jad gruźliczy w płynie mózgowordzeniowym. Mimo to autorowie nie sądzą, żeby można wyciągnąć wniosek, że wszystkie przypadki otępienia wczesnego powodowane są jadem gruźliczym. Należy sobie jednakże zadać pytanie, czy otępienie wczesne nie powstaje na podstawie gruźliczej

Umysły sceptyczne mogłyby twierdzić, że obecność prątków gruźliczych w płynie jest uboczna, tak samo, jak ich obecność we krwi. Na to autorzy odpowiadają uwagą, że trudno przypuścić,

żeby obecność jadu gruźliczego w płynie nie miała przynosić szkody systemowi nerwowemu, chyba żeby posiadał nieznane własności neutralizujące, albo, żeby jad występował pod postacią dotychczas nierozpoznaną.

Przy tej sposobności autorzy przypominają uszkodzenia przy porażeniu postępującem, opisane przez siebie u niektórych chorych na otępienie wczesne. Uszkodzenia te przypominają formy nietypowe zapalenia gruźliczego opon mózgowych niefolikularnego typu Landouzy i Gougerot.

Ponadto autorzy otrzymywali uszkodzenia gruźlicze u kobajów nietylko za pomocą płynu mózgowordzeniowego, ale i za pomocą emulsji z mózgu samego.

Doświadczenie to dowodzi, że jad gruźliczy znajduje się też i w mózgu samym. Na tej drodze będzie można zbliżyć się do rozwiązania zagadnienia związku między gruźlicą, a otępieniem wczesnem.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

REVAULT D'ALLONNES. L'effet stéréoscopique et en général les „effets" psychiques. (Efekt stereoskopowy oraz „efekty" psychiczne wogóle). Annales médico - psychologiques, Rome II Nr. 4, Novembre 1932, p. 430 - 438.

„Efekt stereoskopowy", tak dziwny, tak paradoksalnie przezwany, nie jest odosobniony: tkwi w nim skojarzenie i przerzut psychiczny, za pomocą którego oczywistość spostrzeżeń i dowodu istnienia łączy się mniej lub więcej słusznie z tem, co nie jest spostrzeżonem, ani dowiedzionem.

W przeciwieństwie do wymogów dawniejszej intelektualistycznej psychjatrji, wiemy dobrze, że bredzeniowe przeświadczenia psychicznie chorych, polegają tylko na fałszywem rozumowaniu i że próżne są wszelkie próby przekonywania. Lecz nie zdajemy sobie dość jasno sprawy, że podstawą wszystkiego są efekty psychiczne („effets psychiques"). Lęki specyficzne melancholików składają się na efekt psychiczny załamania (catastrophe). Zjawisko to można rozwiać za pomocą dawki opjum, usypiający lek; lecz nie rozwiewa się go przez zabieg psychoterapeutyczny, polegający na prostodusznem zaprzeczaniu i braku wyrozumienia.

W sprawie omamów i ich stosunku do złudzeń, przyzwyczajono się prawie jedynie do podkreślania różnicy: Złudzenie bu-

dujemy na zjawiskach istotnych na zewnątrz nas, omamy pochodzą z nas. Nie przywykliśmy natomiast do zastanawiania się nad podobieństwami.

Autor uważa, że podobieństwa są ważniejsze, od wskazywanych różnic. Jedno i drugie, omam i złudzenie, są „wytworami psycho-sensorycznemi", bardzo zbliżonemi do siebie.

Z chwilą, gdy omam ujmiemy jako wytwór psycho-sesoryczny, zagadnienie zagmatwane rozjaśnia się błyskawicznie, ponieważ z chwilą tą tłumaczy się, dlaczego niektóre spostrzeżenia w rzeczy samej mentalne i bezprzedmiotowe, przyoblekają się w postacie całkowicie sensoryczne.

Ten, który ma wrażenie majaczeniowe i jest nastrojony do brania ich za rzeczywiste, udziela im „łaskawie" (généreusement) wszystkich znamion rzeczywistości, począwszy od sensoryczności, przyczem źle odróżnia spostrzeżenia wzrokowe, słuchowe od ich psychicznego przekształcenia.

Różnica między wyobrażeniem omamowem, a urojeniowem, albo i prawdziwem polega na tem, że pierwsze nie ma żadnego podkładu sensorycznego, dwie dalsze posiadają go choćby w nikłym stopniu.

Często telefoniczna transmisja, aczkolwiek niedostateczna, nie wyklucza porozumienia; dopełniamy braki „obrabiamy" akustyczny materjał tak, że zgłoski nie wysłyszane zdają się nam być wysłyszane. Tak samo chory, wrażenia urywane uzupełnia do całości.

Omamy nie są więc fałszywemi wrażeniami narządów zmysłowych, lecz fałszywemi wyobrażeniami o pozorach zmysłowości, dzięki uzupełnieniu wewnętrznemu w kierunku wzrokowym, słuchowym, lub też innym. Formułce klasycznej: „omam jest wyobrażeniem przedmiotowem", należy przeciwstawić twierdzenie: oman jest „efektem psychosensorycznym" bezprzedmiotowym, omam jest wyobrażeniem bezprzedmiotowem.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

S. NACHT: La structure incosciente de quelques psychoses. (Struktura podświadomościowa w niektórych psychozach). L'Encéphale, XXVII Année, Nr. 10, Décembre 1932.

Autor podkreśla, że mimo znakomitych korzyści, jakie nam dało w rękę pojęcie zagadnienienia podświadomości przy badaniu struktury psychoz, nie trzeba w nich upatrywać narazie czegoś

więcej, jak wskazywania dróg i planu dalszych doświadczeń.

Ponadto zdobycze dotychczas uzyskane nie zawierają w sobie żadnych danych dla ustanowienia pierwszych przyczyn chorób, które badamy. Wszystko, co nam wolno przyjąć narazie, to to, że sprawy wydają się nam rozwijać w ten czy ów sposób.

Dwa fakty, które niezawodnie stanowią podstawę strukturalną psychoz: utrata zainteresowania się afektywnego wobec życia, odchylenie podniet wzruszeniowych na tle wstecznego ich zakotwiczenia, pierwotnego, naznaczonego w czasie dziecięctwa w przebiegu rozwojowym, tłumaczą wprawdzie formę, stukturę choroby, lecz najmniej to, co ją wywołało.

Pozostają nierozstrzygnięte pytania:

Dlaczego od pewnej chwili ginie równowaga sił afektywnych, podtrzymujących całość jaźni, dająca jej możność postępowania przystosowanego do rzeczywistości?

Czy chodziłoby tu o intoksykację, czy o wyczerpanie wyłącznie endogenne?

Bleuler wskazuje tu, wedle mniemania autora, znowu drogę, jak to nie raz uczynił. Przypuszczając np. (bez żadnej pewności) przyczynę toksyczną schizofrenji, Bleuler stara się leczyć chorych nie zwalczając nieznanej infekcji, lecz zabierając się do psychologicznych objawów i wzruszeniowych zespołów.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

L. REDALIÉ. Les Types réactionnels psychiques. (Psychiczne typy reaktywne). Annales Médico-Psychologiques, XIV Série-90 Année - T. I, Nr. 3.

Autor pyta się: Co jest konstytucja psychiczna? Zależną ona jest od temperamentu. Temperament zaś jest zespołem reaktywnych możliwości psychicznych osobnika, podczas gdy charakter jest zespołem manifestacyj takich, jakie się ujawniły podczas całego życia jednostki To rozróżnienie jest ważne dla wielu zjawisk psychologji.

Ponadto charakter jest zespołem możliwości reaktywnych, wychodzących na jaw. Temperament zaś jest zespołem wszystkich możliwości reaktywnych, nie tylko wychodzących na jaw, ale i ukrytych.

Nie działamy inaczej, jak wedle kierunków odziedziczonych, w pierwszej linji od rodziców. Możliwości reaktywnych nie zdobywamy sami, lecz środowisko działa, jako tło ujawnienia. Bez niego oddziaływanie psychiczne pozostałoby w stanie potencjonalnym. Przytoczyć można tu jako przykład reakcje hipochondryczne. Należy do rzeczy normalnych niepokoić się z powodu ciężkiej choroby. Nie można uważać za hipochondrycznego kogoś, który jest przygnębiony, ponieważ wie, że ma w sobie tumor złośliwy, nie mogący być operowany. Niepokój jest w tym wypadku normalną psychiczną reakcją, nakazującą dbałość o nasze zdrowie.

Zupełnie inaczej przedstawia się nam jednostka, która przestrasza się lada zakatarzeniem. Najdrobniejsze objawy bierze za dowód najcięższej choroby, radzi się książek i lekarzy i na drodze najdziwaczniejszych przypuszczeń i interpretacyj dochodzi do najgroźniejszych konkluzyj. Pozatem może być jednostką normalną.

Możemy rozróżnić trzy stany psychicznych reakcyj:

1) Reakcja psychiczna o normalnem zaniepokojeniu,

2) Reakcja hipochondryczna przejściowa i pierwotna, będąca stopniem mniej lub więcej posuniętym psychopatji konstytucyjnej,

3) Reakcja hipochondryczna typu chronicznego: newroza lub psychoza.

W tych stanach, między któremi możliwe są wszystkie przejścia, mamy do czynienia z jednej strony z konstytucją psychiczną, z drugiej strony z koeficjentami zewnętrznemi (fenomenami cielesnemi normalnemi i patologicznemi).

Konstytucja hipochondryczna i reakcje przyłączające się do niej przenoszą się na drodze dziedziczenia.

Reakcja hipochondryczna jest bardzo pokrewna z reakcją paranoidalną. Można zauważyć stany mieszane równocześnie paranoidalne, jak i hipochondryczne.

Symptomy reaktywne pozwalają na rozróżnienie różnych typów paraliżu postępującego.

Klasyczną formą, choć daleką od tego, żeby miała być najczystszą, jest forma manjakalna: błogostan, ideje wielkościowe, nadmierna afektywność, mogąca być produktywną na początku choroby, gonitwa myśli. W formie melancholicznej zauważa się przygnębienie, brak inicjatywy, lęki, stłumienie aktywności psychicznej, które należy odróżnić od otępienia we właściwym ujęciu.

Jeśli interpretacje omamowe, halucynacje, przeróżne ideje prześladowcze opanują obraz choroby, ma się do czynienia z formą

paranoidalną porażenia postępującego. Nakoniec negatywizm, postawy stereotypowe składają się na formę katatoniczną porażenia postępującego. Tak więc symptomy paranoidalne jak i katatoniczne są reakcjami psychicznemi, należącemi do reaktywnego schizoidu, jak reakcje manjakalne i depresyjne zbliżają się do typu reaktywnie cykloidalnego.

Reakcjami najczęstszemi w psychjatrji są reakcje manjakalne i depresyjne z jednej strony, z drugiej strony reakcje schizoidalne. Autor spróbował wyróżnić trzy rodzaje charakterystyczne dla tych reakcyj:

1) Reakcje psychiczne opierają się na mechanizmach przyrodzonych i odziedziczonych.

2) Napotykają się w afektywności bardzo różnej.

3) Reakcje schizoidne, jak n. p. interpretacje przypominające ideje urojeniowe, omamy, negatywizm; reakcje cykloidyczne: napady nadmiernej wesołości, albo przygnębienia mogą wystąpić poza wszelką psychozą.

Kretschmer opisuje schizotymje i cyklotymje u osobników normalnych, których zachowanie przypomina pod pewnym względem to, co się dzieje w zachorzeniach schizofrenijnych i manjakalno-depresyjnych.

4) Nakoniec reakcje psychiczne są zasadniczo zmienne, jako forma, nasilenie i przebieg; stąd nagłe przejścia ze stanów omamowych do stuporu katatonicznego, od pobudliwości do przygnębienia, skąd też nieoczekiwane wyzdrowienia zaliczane między cudy.

Można rozróżnić dwa typy reaktywne, schizoidny i cykloidny.

Pierwszy typ charakteryzuje niezgodność afektywna między osobnikiem a otoczeniem. Typ cykloidny objawia się pobudliwością albo przygnębieniem uczuciowem.

Znakomite poszukiwania Kretschmera wykazały, że temperamenty, podkreślone schizoidalnie, związane są z konstytucją, która należy do typu:

1) leptozomicznego, o ciele smagłem, twarzy smagłej, ostrym nosie, którego krańcowym przykładem jest astenik.

2) altetycznego z silnem rozwinięciem kośćca, mięśni i skóry.

3) dysplastycznego.

Cykloidzi posiadają konstytucję pikników z powiększeniem pewnych jam ciała (czaszki, piersi, brzucha), i z tendencją do na-

gromadzenia tłuszczu tułowia z nikłym stosunkowo aparatem ruchowym.

Typ reaktywny histeroidny ma pewne znaczenie. Manifestacje histeroidne są bardzo częste, w przebiegu psychonerwoz zarówno, jak i psychoz organicznych i funkcyjnych.

Reakcje powolne lepkie z objawami uczuciowemi i bez nich, należą do typu reaktywnego epileptoidalnego.

Oprócz tego istnieje typ reaktywny egzogenny Bonhoeffera, o podkładzie toksycznoinfekcyjnym.

Autor kończy swoje rozważania w następujący sposób: Typy reaktywne schizoidalne i cykloidalne obejmują większość psychicznych reakcyj chorobowych.

Typy reaktywne histeroidne i epileptoidalne mają znaczenie mniejsze. Typ reaktywny Bonhoeffera jest znamiennym dla zachorzenia centr nerwowych, spowodowanego czynnikami toksyczno - infekcyjnemi.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

H. BARUCK: Epilepsie et Troubles de la pensée intérieure. (Epilepsja i zaburzenia wewnętrznego myślenia). Annales Médico Psychologiques, XIV Série, 91. Anée, T. I, Nr. 1, Janvier 1933, p. 32.

Obok myślenia wyrażającego się w słowach, obok myślenia aktywnego, wyróżnia autor myślenie wewnętrzne rozwijające się w snuciu wrażeń, którym pozwalamy błąkać się po własnych drogach. Są to wspomnienia, powiązane przypadkowemi skojarzeniami, pobudki często podkreślone stanami afektywnemi, oraz bloki ideowe, zwykle mniej lub bardziej zaciemnione, niekiedy na pół nieświadome.

W stanach normalnych, oba typy utrzymują się w równowadze w sposób harmonijny. Wewnętrzne myślenie od czasu do czasu wzmaga się, lecz zostaje zawsze pod władzą woli osobniczej. Osobnik może zluźnić pod pewnym względem psychologiczne napięcie wedle słów Janeta i pozwolić bujać myśli wewnętrznej na korzyść przypadkowych kojarzeń, mając jednakże w swojej mocy uchwycenie myśli i wyrwać myśl swobodną i przyćmioną na światło myśli jasnej o nadanym kierunku.

Nie tak się dzieje w wielu przypadkach patologicznych, na szerokiej przestrzeni zachorzeń nerwowych i psychicznych. Wiele

z nich polega na rozłamie między myśleniem wewnętrznem, a myśleniem o nadanym przez wolę kierunku.

Myślenie wewnętrzne staje się niepowstrzymanem i opanowuje mniej lub więcej życie psychiczne narzucając mu charakter anarchiczny, nieskojarzony, pełen „wybojów“, bez możności wyboru, bez zdolności do syntetycznego zastosowania.

To puszczenie się samopas myślenia wewnętrznego: zauważa się w większości zachorzeń nerwowych i psychicznych począwszy od psychastenji aż do schizofrenji, w mniej lub więcej zaznaczonem nasileniu. Najsłabszy stopień wszystkiego to to, co nazywamy mentyzmem. Chodzi tu o stan prawie fizjologiczny, zauważany w zwykłem znużeniu: ideje błąkają się po głowie, czasem nieco natrętnie, przyczem wspomnienia i zamiary przesuwają się mniej lub więcej raptownie, przeszkadzając niejednokrotnie podczas snu.

W stanie „mentyzmu“ osobnik rozpoznaje własne swoje myślenie, ma tylko wrażenie, że jest nieco podniecone w swoim rytmie i rozwikłaniu. Wyższy stopień zjawiska stanowi nieopanowanie myśli mniej lub bardziej mętnych, jeszcze wyższy wysunięcie się tychże myśli na pierwszy plan wszystkiego. Chory w początkach zdaje sobie sprawę z zaburzenia, które opanować nie może i cierpi z tego powodu. W dalszym postępie choroby krytyka osobnika rozwiewa się i następuje stan, któryby można nazwać zespołem myśli wypowiadanej. Z chwilą tą całe myślenie wewnętrzne świadome i podświadome wyłania się na zewnątrz w głośnych słowach pozbawionych wszelkiego związku. Jest to napór słów bez powiązania logicznego, które jednakże pozwalają przy bliższej analizie, na rozpoznanie pewnych wysepek zniekształconych wprawdzie, ale powiązanych pochodzeniem swem z dawniejszą osobowością osobnika.

Zespół ten osiąga swoje maximum w stanie obłędu. Prowadzi to do autyzmu.

Narzucają się pytania, czy eksterjoryzacja myślenia wewnętrznego uprawnia sama przez się do etjologji psychogennej, czy zachorzenia organiczne wolne są od wywoływania zaburzeń psychologicznych choćby bardzo nieznacznych.

Żeby odpowiedzieć na te pytanie, zdaje się dla autora najodpowiedniejszem badanie epilepsji.

Zaburzenia psychologiczne zauważa się przedewszystkiem w powiewie poprzedzającym napad epileptyczny i to jako mentyzm

halucynację i jako zespół głośnego mówienia.

Myśli biegną w sposób mniej lub więcej szybki, zmieniając się w prawdziwą sarabandę aż do utraty zdawania sobie sprawy. Choremu zdaje się czasem jakby ktoś do niego coś mówił na zewnątrz czaszki w ten sposób, że głos słyszy równocześnie, jak w przytoczonym przez autora przypadku, też i ucho z lewej strony. Innym razem chory mówi podczas napadu i ma wrażenie, że mówi w sobie samym.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

NIKOLITCH ET ALFANDARY. De la polynévrite due à l'intoxication par l'apiol. (Polineuritis na podłożu zatrucia apiolem). L'Encéphale XXVIII Année, Fevrier 1923, p. 116.

Autorowie mieli sposobność obserwowania dziesięciu przypadków zachorzenia psychomotorycznego na tle nerwowem, spowodowanego apiolem. Leku tego użyto w celu spędzania płodu, co nie zawsze nastąpiło. W miejsce abortu pojawiły się zaburzenia w peryferycznym systemie nerwowym, bez objawów w narządach wewnętrznych i ośrodkach nerwowych.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE-Dziekanka.

H. DE JONG. La Catatonie expérimentale. (Katatonja doświadczalna). Annales Médico-Psychologiques, XIV Série, 61 Année, Février 1933, p. 149.

Autor w czasie swych doświadczeń nad wpływem bulbokapniny u zwierząt doszedł do odkrycia syndromu „katatonji doświadczalnej". Symptomami tego syndromu są: katalepsja i negatywizm. Wywołują je średnie dawki. Przy podniesieniu dawki bulbokapniny pojawiają się hiperkinezje i postawy patologiczne. Przy jeszcze wyższem dawkowaniu następuje epilepsja, porażenie i śmierć.

Autor zapytuje się:

1. Czy istnieją inne środki powodujące u zwierząt doświadczalną katatonję.
2. Czy możliwem jest wynaleść formułkę chemiczną dla wskazania drogi do odkrycia toksyny powodującej schizofrenję ludzką.

3. Czy w razie nieistnienia owej formułki chemicznej niemożnaby osięgnąć celu, studjując wynik zastrzyków odczynów ludzkich u zwierząt.

Somnifen, gardenal, sulfonal, trional, itp, jakoteż i harmina nie wywołują katatonji doświadczalnej. Natomiast konopie indyjskie do pewnego stopnia ją wywołują, najskuteczniej zaś działa w tym kierunku meskalina. Powstaje pod jej wpływem tryjada symptomów psychomotorycznych i organowegetatywnych doświadczalnej katatonji, połączona z halucynacjami, tryjada podobna zasadniczo do schizofrenji.

Istnieje też możność wywołania katatonji eksperymentalnej za pomocą hormonu adrenaliny i acetylcholiny, ponadto jeszcze i za pomocą stosowania asfiksji.

Katatonja doświadczalna jest reakcją centralnego systemu nerwowego częstą, niezależną od chemicznej formułki środka toksycznego.

Poza środkami chemicznemi działają w kierunku katatonji doświadczalnej także elektryzacja, jakoteż stosowanie hipnozy.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE-Dziekanka.

FERDINAND MOREL. L'écho de la lecture. Contribution à l'étude des hallucinations auditives verbales. (Echo lektury. Przyczynek do spostrzeżeń nad halucynacjami głosowosłuchowemi) L'Encéphale XXVIII Année, Mars 1933, p. 169.

Zjawisko echa lektury powstaje pod wpływem fizjologicznym ściśle określonym.

Występuje szczególnie u kobiet jako przewlekła psychoza omamowa, u mężczyzn przedewszystkiem w formie słuchowego bredzenia u alkoholików. Napotyka się je jako epizod w porażeniu postępującem.

Wyrażenie „echo“ ma tu tylko znaczenie obrazu. Własności ściśle akustyczne echa lektury występują zawsze w połączeniu z pierwiastkiem nieokreślonym. Istotą swą ta forma halucynacji usuwa się od wszelkiego fizycznego pomiaru podobnie jak głos silny czy słaby, słyszany we śnie. Nasilenie echa lektury może rozciągnąć się na przestrzeń, od całkowitej nikłości, aż do wzmożenia, które chorzy nazywają bardzo silnem, huczącem, trudnem do zniesienia. Umiejscowienie źródła echowego

może być stałem, czy to z boku, nawprost, w górze, z tyłu w określonej odległości.

Rodzaj dźwięku echa lektury bywa najróżnorodniejszy. Raz chory słyszy mężczyznę, innym razem kobietę, przyczem rozróżnia głos drwiący, to znów sarkastyczny, albo grożący.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K WIZE - Dziekanka.

A. JANISZEWSKI: **La conception biologique du sommeil.** (Koncepcja biologiczna snu). L'Encéphale XXVIII. Année. Mars 1933. p. 184.

Określenie przyrodzenia snu, zjawiska bardzo zwykłego, jes w rzeczy samej zagadnieniem bardzo zawiłem, nierozwiązanem dotychczas mimo wielkiej ilości prac, między niemi i tych, które odnoszą się do nagminnego zapalenia mózgu.

Cała trudność polega na braku jasnego wniknięcia w istotę snu. Dawniej potrzebę snu tłumaczono zmęczeniem, które sen miał usuwać. Obecnie istnieją teorje o specjalnem centrum snu i regulacj jego. Wszystkie te teorje podlegają krytyce.

Zdaniem autora koncepcję biologiczną snu należałoby streścić w następujący sposób:

Sen jest wytworem tych samych sił, które są podstawą innych zjawisk biologicznych. Poczyna się wskutek wpływów pochodzących bądź to z wewnątrz organizmu, bądź to z zewnątrz Nie ma powodu do mówienia o specjalnych centrach snu

Sen nie jest wypoczynkiem organizmu. Jest przebiegiem czynnym, mającym na oku powstrzymanie i ujęcie w cugle czynności organizmu na zewnątrz, dając pierwszeństwo wewnętrznym czynnościom życiowym. Sen przedstawia fazę autystyczną rytmu życiowego, skierowanego nie tylko ku przywróceniu sił, ale też ku kształtowaniu organizmu. Czynność psychiczna podczas snu polega na przetopieniu i ukształtowaniu wrażeń.

Streścił Dr. med. Dr. phil K. WIZE - Dziekanka.

PAUL MEIGNANT. **Sommeil et réflectivité conditionelle.** (Sen i odruchowość warunkowa). L'Encéphale XXVIII Année, Mars 1933, p. 197 i. n.

Wszyscy, którzy razem z Pawłowem i jego szkołą zajmowali się odruchowością warunkową, napotykali się z przeszkodą: zwie-

rzęta popadały w stan senliwości, nie pozwalający na dalsze badanie. Naprowadziło to badaczy na przyczynowy związek między jednem i drugiem i na tłomaczenie snu jako takiego. Powstała „refleksologja“ snu eksperymentalnego, snu normalnego, oraz snu hipnotycznego.

Sen może być wywołany na drodze eksperymentalnej. Należy go łączyć z przebiegiem ogólnego zahamowania w obrębie całej kory mózgowej.

W istocie snu eksperymentalnego rozróżnia się głębokość jego i trwanie. Głębokość snu jest funkcją zahamowania ogólnego trwanie snu zależne jest od objętości zahamowanego terytorjum kortykalnego.

Między snem eksperymentalnym i normalnym istnieją wybitne analogje. Tak samo, jak sen eksperymentalny, i sen normalny może wynikać z zahamowania wewnętrznego, jak i zahamowania, „warunkowego“, połączonego z czynnikiem od zewnątrz, asocjowanym pierwej z zahamowaniem wewnętrznem, i nabierającego stąd siły hypnogennej.

Jak sen eksperymentalny, tak i sen naturalny, razem z zasypianiem normalnem jest wynikiem przyczyn indywidualnych.

W śnie normalnym rozróżniamy, tak samo, jak w śnie eksperymentalnym, głębokość i trwanie, nakoniec tak samo, jak w jednym, tak i w drugim śnie, występuje walka między zjawiskami pobudzenia i zahamowania.

Aczkolwiek analogje między snem eksperymentalnym a naturalnym zarysowują się silnie, byłoby nieopatrzenie, uważać oba sny za indentyczne.

Widzieliśmy, że wedle Pawłowa i jego współpracowników, całe stadjum czynności warunkowej przedstawia się jako stadjum czynności korowej. Tymczasem we śnie naturalnym, kora mózgowa napewno nie jest jedyną przyczyną zjawiska.

Dowodzą tego doświadczenia Goltza, Maxa i Hansa Rothmanna z psami dekapitowanemi, oraz z potworkami bez mózgu, u których sen istnieje, jako i objawy podczas snu ze strony przemian, zależnych od innych części mózgu i od nerwów, wegetatywnych.

Wnioski, które snuć można na zasadzie badania warunkowej odruchowości o śnie hipnotycznym, są bardziej zajmujące, ponieważ, jak się zdaje, sen hipnotyczny bardziej jest zbliżony do snu eksperymentalnego.

By wywołać hipnozę, czy to u człowieka, czy u zwierzęcia, stwarzamy te same warunki, co w usypianiu doświadczalnem. Hypnozę wyróżnia jednakże to, co nazywamy stosunkiem („rapport“) do świata zewnętrznego w osobie hypnotyzera. Osobnik, który pozornie śpi, w rzeczy samej podlega rozkazom hypnotyzera; pobudki sluchowe, wychodzące od hypnotyzera, dochodzą do kory mózgowej hypnotyzowanego i wywołują adekwatne reakcje.

Tylko dodatkowo omawia autor sprawę snu toksycznego. Wiadomo, że niektóre środki anestetyczne powodują sen po fazie ekscytacji, zależnie od pobudzenia motorycznego, czy sensorycznego. Jasnem jest według mniemania refleksologistów, że występują tu zjawiska indukcji pozytywnej.

Morfina w zastrzyku podskórnym wywołuje cały szereg zjawisk wstępnych, a dopiero później sen.

W podany sposób wyglądają odpowiedzi na rozległe zagadnienie snu eksperymentalnego, naturalnego, hypnotycznego i toksycznego odnośnie do koncepcji odruchowości warunkowej. Byłoby zapewne przedwczesnem twierdzenie, że „refleksologja“ tłumaczy nam wszystko. W każdym razie daje ona klucz do wyjaśnienia zagadki tak trudnej do rozwiązania. Pewnem jest także i to, że prace Pawłowa, jego uczniów i współzawodników, przedstawiają imponującą całość, opartą na silnych podstawach.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

A. REPOND. Le Traitement psychothérapique des maladies mentales. (Psychoterapja chorób psychicznych), Annales Médico-Psychologiques, Tome I, Nr. 9, Mars 1933, p. 265.

Psychoterapja zaburzeń psychicznych w większości przypadków psychoz funkcjonalnych daje wynikii zadowalniające, conajmniej pod względem symptomatycznym. Psychoterapja ta jest co prawda częściowo empiryczną, czego przyczyną jest niedostateczna znajomość przebiegów psychicznych, powodujących zaburzenia.

Systematyczna obserwacja psychoterapeutyczna jest na ogół utrudniona, z powodu sceptycyzmu wielu psychjatrów, którzy, obojętni w stosunku do doświadczeń, dopuszczają do tego, że przebieg chorób psychicznych o ile środki chemiczne, lub fizyczne nie wchodzą w grę, jest fatalny, w jakikolwiekbądź sposób się je leczy.

Tymczasem skutki osiągane w zakładach, w których stosuje się psychoterapję aktywnie, przewyższają wyniki osiągane w zakładach, w których chorych pozostawia się samym sobie.

Bezpośrednia i pośrednia psychoterapja chorób psychicznych przyczyniła się do poprawy stosunków w zakładach. Zniknęły chroniczne podrażnienia, anomalje zachowania, szkodliwa sugestja otoczenia, nastąpiło złagodzenie chorobliwych symptomów psychy.

„Empiryzm dorywczy" i „brak naukowości", które się zarzuca psychoterapji, nie mogą służyć jako pretekst do zapoznania jej skuteczności, ani do niepamiętania o najważniejszem wskazaniu lekarskiem - niesienia ulgi i pomocy.

Streścił Dr med. Dr. phil. K. WIZE - Dziekanka.

G. MARINESCO ET M. NICOLESCO. Sur un cas d'amnésie hystérique rétrograde avec quelques réflexions sur le mécanisme de l'hystérie. (O przypadku histerycznej amnezji wtórnej z dołączeniem uwag o mechaniźmie histerji). L'Encéphale XXVIII Année. Avril 1933, p. 257 i. n.

Autorzy opisują chorą z wykształceniem akademickiem, która straciła mowę po punkcjach pleuralnych, z powodu odmy płucnej i podkreślają, że chora podczas utraty mowy na jawie, rozmawiała swobodnie we śnie.

Chodzi w oczach autorów u chorej o pewien rodzaj histerji, lecz nie o newrozę traumatyczną. Sądzą, że donicsłe doświadczenia Pawłowa o warunkowych odruchach do pewnego stopnia zdolne są wytłomaczyć nam fizjologiczny mechanizm histerji wogóle, a dany przypadek w szczególności.

W stanie normalnym istnieją w korze mózgowej okolice zahamowania, sąsiadujące z okolicami pobudliwości, na sposób pewnego rodzaju mozaiki.

W histerji powstaje zaburzenie w układzie mozaikowym. Z tego powodu napotykamy u histeryków, tak jak u dziecka na kłamliwość, mitomanję i na fantazjowanie. Można przypuścić, że w histerji istnieją zaburzenia natury wegetatywnej i pewnego rodzaju wyzwolenia automatyzmów, spowodowanych niedomogą woli występującą doraźnie, albo też mniej lub więcej przez wolę opanowywanych.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE - Dziekanka.

J. PAVLOW. Essai d'une interprétation physiologique de l'hystérie. (Próba fizjologicznego wytłumaczenia histerji). L'Encéphale. XXVIII Année. Avril. 1933, p. 285.

Badanie wyższych czynności nerwowych metodą odruchowości warunkowej rozwinęło się do tego stopnia, że można się już pokusić o fizjologiczne wytłumaczenie histerji, uważanej dotychczas za chorobę wyłącznie psychogenną.

Czynnością półkul mózgowych kierują dwa podstawowe prawidła irradjacji i koncentracji, pobudliwości oraz zahamowania wespół z wzajemną indukcją. Jeżeli napięcie pobudliwości lub zahamowania jest słabe, irradjuje w pierwszej chwili powstania; jeśli napięcie to jest dość mocne, koncentruje się; jeżeli napięcie jest bardzo silne, irradjuje ponownie.

Wiele doświadczeń pozwala na przypuszczenie, że rozciągłość zahamowania osiąga różne stopnie stanów hipnotycznych, których skutkiem jest sen.

Żałować należy, że wrażenie, jakie powinny były wywrzeć te doświadczenia, osłabiła hipoteza o centrum snu. Jest prawie niewątpliwem, że istnieją dwa mechanizmy snów: sen czynny i sen bierny. Sen czynny bierze początek w półkulach i składa się z irradjowania przebiegu czy i zahamowania, opanowującego okolice podkorowe; sen bierny występuje jako wynik obniżenia wpływów pobudzających, dosięgających kory i najbliższych ośrodków podkorowych. Wpływy te pochodzą z świata zewnętrznego, oraz oddziaływania narządów wewnętrznych, które dostają się do wyższych pięter mózgowia drogą ośrodków neurowegetatywnych.

Doświadczenia autora z psami, które pozwoliły u zwierząt tych na rozróżnienie temperamentu flegmatycznego, cholerycznego sangwinicznego i melancholicznego, pokazały równocześnie, że właśnie psy melancholiczne z małem napięciem pobudliwości, podlegają newrozie.

Histerja jest wedle ogólnego mniemania wykwitem słabości nerwów, czy wyczerpania mózgowego. Wiadomo też równocześnie, że kora mózgowa opanowuje okolice podkorowe. Zapomocą doktryn odruchowości warunkowej można twierdzenie to podeprzeć i bliżej wyświetlić.

Z powodu wielorakich sugestyj i autosugestyj, życie histeryków przepełnione jest zdarzeniami wyjątkowemi i niezwykłemi.

Między symptomatami mamy do czynienia z dodatniemi i ujemnemi zjawiskami, czy chodzi o ciążę fikcyjną, czy o stygmaty

w religijnej ekstazie. W znoszeniu z uśmiechem i zadowoleniem mąk u męczenników, napotykamy naoczny przykład autosugestji, t. zn. koncentracji pobudzeń w określonej okolicy kory mózgowej, połączonej z krańcowem zahamowaniem innych okolic, w których ujawniają się życiowe instynkty organizmu.

Autor przedstawia sobie całość czynności nerwowej w następujący sposób: u zwierząt wyższych, nie wyłączając człowieka, pierwsza instancja stosunków związanych z otoczeniem tkwi w ośrodkach podkorowych i w ośrodkach odruchowości nieuwarunkowanej, inaczej w instynktach, w afektach, tendencjach, emocjach. Mechanizmy te pobudzają zewnętrzne czynniki nieuwarunkowane, t. zn. czynne od urodzenia, względnie nieliczne. Stąd pochodzi bardzo ograniczona orjentacja w otoczeniu. Ta organizacja rozszerza się z drugą instancją, z półkulami mózgu bez czołowych płatów. Tu, dzięki łączności warunkowej, powstaje nowa zasada łączności: sygnalizacja nielicznych pobudek nieuwarunkowanych przez niezliczoną liczbę innych pobudek nieustannie analizowanych i syntetyzowanych.

Można przypuścić, że u człowieka w płatach czołowych, o wiele bardziej zróżnicowanych jak u zwierząt, zjawia się inny system sygnalizacji, symbolizujący za pomocą mowy pobudki narządów mowy. Wprowadzamy nową podstawę czynności nerwowej: abstrakcję i uogólnienie niezliczonych znaków pierwszego systemu i na tem nowem tle nową analizę i nową syntezę tych znaków uogólnionych. Daje nam to możność zdobycia rozległej orjentacji w świecie otaczającym nas i w świecie stwarzanym przez nas samych, jednem słowem stworzenia tego, co nazywają wiedzą.

Z wszystkiego wynika całkowite uprawnienie do przyjęcia w histerji pod względem fizjologicznym zaburzeń syntezy psychicznej.

W miejsce funkcji skoordynowanej naszych trzech kierunków duchowych mamy w histerji do czynienia z ich rozszczepieniem, z zanikiem przyrodzonej ich hierarchji, która stanowi o osobowości zdrowej i o zachowaniu naszego ja.

Z powodu osłabienia półkul mózgowych u histerycznych ujawniają się u nich nieustannie w najróżnorodniejszych postaciach trzy fenomeny fizjologiczne: znaczna sugestywność, z powodu której zwykłe pobudki wrażeniowe niepokoją chorego i łączą się z ogólnem zachowaniem; po drugie krańcowe umocnienie i koncentracja wrażenia odebranego w pewnych ośrodkach kory mózgowej.

spowodowane przewagą okolicy podkorowej i po trzecie krańcowe nasilenie i zapanowanie indukcji negatywnej, to znaczy zahamowania spowodowanego małą odpornością napięcia pozytywnego innych okolic korowych.

Wyleczalność histerji zależna jest wedle mniemania autora od typu układu nerwowego. Doświadczenia nad odruchowością warunkową wykazują, że w przypadkach słabej konstytucji nerwowej, można myśleć o poprawie stanu choroby bez nadziei wyleczenia całkowitego, że natomiast w przypadkach silniejszej konstytucji można liczyć na powrót do stanu normalnego i że lekarz nie potrzebuje w tym razie tracić otuchy.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE-Dziekanka.

A. ROUQUIER: **Le mécanisme psycho-physiologique d'un cas d'aphasie pithiatique.** (Mechanizm psycho-fizjologiczny w przypadku afazji pitiatystycznej). L'Encéphale. XXVIII Année. Avril 1933. p. 294.

Zagadnienie histerji pozostanie jeszcze długo tematem dyskusji. Jeśli większość klinicystów razem z Babińskim tłumaczy sobie zjawiska histeryczne, czy pitiatystyczne, auto- czy heterosugestją, przyjmując możność leczenia ich przeciwsugestją, niektórzy nie widzą dostatecznego wytłumaczenia zjawisk uchodzących za histeryczne, czy pitiatystyczne w koncepcji Babińskiego. Autor wykazał w pracach poprzednich, że zaburzenia wazomotoryczne, przeróżne zaburzenia sensytywne, jak np. tak nazwane hemiplegje histeryczne, pitjatystyczne, czy funkcjonalne są syndromami organicznemi, należącemi do syndromów zachorzeń dróg piramidowych i wzgórzomózgowia i dał dowód łączności histerycznej i pitjatystycznej między niemożnością stania i chodzenia, a zachorzeniem ciałka prążkowanego, przekonywując się przytem, że objawy afonji i afazji pitjatystycznej ustępowały pod wpływem psychoterapji polegającej na przeciwsugestji.

W danym przypadku, opisanym bliżej, afonji i afazji urazowych, bez objawów neurologicznych za wyjątkiem nierówności źrenic i hiperalbuminozy w płynie mózgowo-rdzeniowym, nie można było choremu przywrócić mowy za pomocą sugestji, lecz tylko przez systematyczne ćwiczenie i naukę od najprostszych początków. Zdolność umysłowa po leczeniu nie osiągnęła jednakże stanu przed zachorzeniem.

Autor pyta się, czy chodzi tu o zaburzenie funkcyj pochodzenia sugestywnego, a więc psychicznego, czy innego. Prawdziwi pitjatycy są nieświadomymi symulatorami, reprodukującymi zaburzenia organiczne, które mieli sposobność widzieć, lub o których słyszeli. Sugestjonują się sami, albo pozwolą się zasugestjonować. Inaczej było z chorym opisanym. Autor ma wrażenie, że mowa pacjenta była wstrzymana w swoich funkcjach równocześnie z niedomogą w korze mózgowej. Nauczanie od początków przywróciło przyrodzony stan automatyzmu. Hiperalbuminoza płynu mózgowo-rdzeniowego wraz z nierównością źrenic świadczyły o zachorzeniu organicznem.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

NOËL PÉRON. L'hystérie, son rôle, sa clinique en neurologie contemporaine. (Histerja, jej rola, jej leczenie w teraźniejszej neurologji). L'Encéphale. Année XXVIII, Avril 1933, p. 302.

Autor wylicza typy histerji najczęściej napotykane. Na pierwszem miejscu wymienia porażenia histeryczne. Czy chodzi o przypadki urazu fizycznego, czy o porażenie spowodowane wzruszeniami moralnemi, zauważa się niepamiętanie tych zdarzeń poprzez tygodnie i miesiące, mimo częstych i różnorodnych badań lekarskich.

Przypadki drgawek histerycznych są mniej znane i dopiero w ostatnich czasach poddano je uwadze.

Patologja ruchów poniewolnych pochodzenia funkcjonalnego wykazała, że ruchy te powoduje zachorzenie organiczne.

Przypadki śpiączki przedłużonej, połączonej z przykurczami mogą odtworzyć obraz katalepsji histerycznej.

Odrębnym rodzajem histerji jest histerja wisceralna. Do niej należy brak łaknienia, pochodzący z zachorzenia histerycznego. Zrazu zaczyna się od odrzucania pewnych potraw, później wszystkich. Wygląd jest charakterystyczny: straszne wychudzenie, tłuszczowa tkanka podskórna w zaniku; pozostaje tylko skóra i kości.

Zagadnienia prawne i socjalne, związane z histerją są wielorakie. Na ogół lepiej jest wstrzymać się od zabiegów leczniczych w czasie zaakcentowania konfliktów medykoprawniczych. Istnieje u chorych tendencja poddawania się zabiegom chirurgicznym. Chorzy, najczęściej kobiety, żądają operacji, poddają się niebezpieczeństwu jej z szczególną pasywnością, łakną poniekąd wrażeń bolesnych.

Otoczenie odgrywa wielką rolę socjalną i terapeutyczną w histerji. Chcąc leczyć chorego, trzeba sobie zapewnić najpierw neutralność otoczenia, później jego pomoc. Histeryk umie wśród otoczenia stworzyć dla siebie atmosferę sympatji i poparcia, wszyscy spieszą z radą i polecają jemu środki lecznicze. Lekarz winien mieć dużo daru zapobiegliwości, by uchronić pacjenta od niepożądanej opieki, zdobyć zaufanie wyłącznie dla siebie, nim rozpocznie leczenie.

Podstawą leczenia jest odosobnienie; opieka sama musi być łagodna, lecz stanowcza; personel otaczający winien stosować się do zarządzeń.

W przypadkach histerji z objawami neurologicznemi autor radzi być ostrożnym z „psychanalizą". Klasyczna psychoterapja zdaniem autora na ogół wystarczy. Przydatną jest ponadto, przy równoczesnych porażeniach, elektryzacja.

Wszystko powinno się skierować ku powrotowi do życia normalnego.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE - Dziekanka.

KAROL SZYMANOWSKI „Wychowawcza rola kultury muzycznej (Nakł. Tow-twa Wyd. J. Mortkowicza w Warszawie. Cena 3 1/2 zł.)

Referat Dr. Stejkowskiej - Dejterowej ogłoszony w zesz. I-II. „Nowin Psychjatrycznych" 1932 r., a dotyczący spostrzeżenia nad wpływem drgań dźwiękowych wywieranym na usposobienie chorych, zachęca mię do dalszego poruszenia niektórych rozwiązań, zahaczających o nader żywotny problemat muzyczny. Że zaś zaczep dla mnie jest rzeczą niezbędną, obieram przytoczone, świeżo wyszłe, dziełko za tarczę obronną dla się. W wielu wypadkach sztuka ludzka prześciga koloryt natury. Ale „oko nie zna muzyki", jak pięknie się wyraża H. Helmholtz. Natomiast „żadna melodja naturalna nie może iść w porównanie z lepszemi ustępami muzyki" zapewnia Miecznikow.

Świecka wylęgarnia nieuctwa, niedomogi umysłowej najordynarniejszej prowokacji nic na taki opłakany stan rzeczy nie zaradzi, zwłaszcza gdy najszkaradniejsze ryje skandalicznie urządzają najhaniebniejsze chryje. Przyroda, powiada *H. Helmholtz,* jakby naumyślnie nagromadziła sprzeczności w celu załamania wszystkich podstaw teorji harmonji przedistotnej pomiędzy światem zewnętrznym a wewnętrznym". I nad tem chciałbym się zatrzymać. Po-

nadto Percy Shelley głosi: „Wszystko gra, niechaj tylko ludzie słyszą“.. „Przyroda z artystycznego stanowiska nie jest modelem“ mówi Fr. Nietzsche. „Artysta nie kopjuje natury, tylko ją tłómaczy“ — wyjaśnia H. Helmholtz.

Nie dotykając strony technicznej zagadnienia, przytrzymywać postaramy się jego roli nadewszystko biofizjologicznej. Same nawet znaczniki wyrazowe, dotyczące strony technicznej tak się z biegiem czasu wykoślawiły, że paczą wszelkie pojęcie. Naprz. wyraz *Museion* oznaczał pierwszą, złożoną w III w. ery starożytnej w Aleksandrji, Akademję Umiejętności, obecnie służy za lamus niekiedy na rupiecie.. Początkowo „*choreja* była *zaklinaniem*, z pomocą którego człowiek spodziewał się uzależnić Boga od swej woli“ (Prof. Tad. Zieliński), gdy później gdzieniegdzie się przerodziła omal że nie w interes handlowy... I dla tego nic w tem dziwnego, że *prof. Tad. Zieliński* stawia dziarsko pytanie: „któż z nas potrafi pojąć do głębi te tak ważne słowa Platona: trzeba, by młodzież nasza nie tylko dobrze tańczyła; trzeba, by tańczyła rzeczy dobre!“... Prawdopodobnie takby pragnął ująć zagadnienie b. Dyrektor konserwatorjum Warsz., *nasza chluba*, Karol Szymanowski. Ale to też kwestja więcej szkolarska, nie posiadająca gruntowniejszego znaczenia. Bowiem z nałogu swego bardziej opiera się zwykle na moralizatorstwie, zaś zawsze morał nadewszystko był i pozostanie największym szkodnikiem w sensie rozwojowym. Jak trafnie zaznacza Cez. Lombroso:“ Prawodawcy i filozofowie... przyzwyczajeni do najwznioślejszych spekulacyj myśli ludzkiej sądzą duszę ludzką według własnej“, gdy natomiast Göthe wyraźnie nadmienia, iż „dzieło sztuki może i ma następstwa moralne, ale żądać moralnych *celów* od artysty — znaczy psuć jego powołanie“... Z tej strony uwidacznia się więc tylko ujemna wartość oceny woli wychowawczej muzyki.

A mimo to „melodje muzyczne są najsilniejszym czynnikiem oddziaływania na duszę ludzką” — ogłasza *C. Lombroso,* wcale nie uzależniając tezy od twierdzenia, iżby muzyka nie miała być „mową miłości“, usiłując w ten sposób zbliżyć się do złudzeń *Karola Darwina*, wypowiadającego, że „*Muzyka ma cudowną siłę* (jak to w innem miejscu starałem się wykazać w The descent of man. II. s. 336) *obudzenia w nas znowu* w nieoznaczony sposób *tych silnych uczuć, które uczuwane były w dawno minionych czasach*“... („Expression of the Emotions”... London. 187 r.) Jeżeli Karol Szymanowski wypowiada zdanie, iż muzka istotnie jest dość

żywiołową siłą, przenikającą bez trudu w najgłębsze nawarstwienia ludności, ładnie i starannie troszcząc się o tendencyjne wywnioskowanie jej znaczenia jako wykładnika „zbiorowej woli łączności i zharmonizowania wspólnych wysiłków... utrwalających ów węzeł w nierozerwalny kształt tajemniczego porozumienia”... to nie od rzeczy byłoby przytoczyć znamienne słowa („z Psychologji tłumu‘) Dra Gustawa Le Bon: „O wszystkiem decyduje sposób, w jaki tłum został sugestjonowany.... A. Gevaert, dyrektor konserwatorjum król. w Brukseli, wyśmienicie objaśnia, dlaczego wiele dzieł muzycznych nie odrazu jest zrozumianych przez zawodowych muzyków lecz przez tłum, nie znający się na muzyce. Wykazuje on też, dlaczego wrażenia estetyczne przemijają, nie pozostawiając najmniejszego śladu w umysłowej jedności tłumu”... Niestety, pewne idee i uczucia mają dostęp do wielu osobników tylko przez tłum, albowiem duszą tłumu nie rządzi żądza wolności, lecz potrzeba niewoli. Zaś, jak wypowiada się Al. Świętochowski: Pomiędzy nami a oligarchją istnieje nie tylko różnica przekonań, ale także różnica środków... A polega to przedewszystkiem na tem, iż — „Muzyka jest miarą bogactwa uczuć“ (*Fr. Nietzsche*).

A przez to samo staje się zrozumiałe wynurzenie (w Promethidionie)

C. Norwida: „I — chociaż małe mam wyobrażenie
O sztuce — przecież wiem, co jest Muzyka;
I może lepiej wiem od grającego:
Jeśli mi serce bierze i odmyka,
Jak ktoś, do domu wchodzący własnego“...

I tak jak się mówi „poetą się nie jest — poetą się *bywa*“, zastosować da się to i do wykonawców dzieł i utworów muzycznych, jako też i do ich słuchaczy. Naczem że więc może polegać ten jej wprost magiczny czynnik zespalający? Należy sobie zdać sprawę, iż jeszcze sama formuła nie znaczy nic, ważnem jest tylko jej użycie — jej znaczenie relatywne. „*Wobec muzyki jest raczej wszelkie zjawisko tylko przenośnią*“... powiada Fr. Nietzsche, a mimo to, jak maluje H. Helmholtz: „Więcej od wszystkich innych sztuk muzyka usunęła się dotąd od naukowego rozważania.. Zdaje się jednak, że w muzyce dotąd mają słuszność ci, co odtrącają od siebie wszelkie próby „krytycznego rozbioru rozkoszy muzycznej“... — Ograniczymy się więc z konieczności tylko stroną fizyczną zjawiska, skłonnych do głębszych rozważań czytelników skierowując

do odpowiednich prac w tym zakresie Fr. Nietzchego, Stan. Przybyszewskiego, James Gibbons, Hunekera, Pierre Lassere, C. Norwida, po części nawet R. Wagnera, acz słusznie zauważono oddawna, że „Wagner już robi wrażenie staromodnej kolendy“, etc.... Dla amatorów jednak historji estetyki udzielimy tu mimochodem głosu Fr. Nietzsche'mu: „Rob. Schumann był w muzyce zjawiskiem jeno *niemieckiem*, nie zaś europejskiem jak L. Beethoven, jak, w wyższym jeszcze stopniu W. Mozart, — przez niego zagrażało muzyce niemieckiej największe niebezpieczeństwo, mianowicie iż postrada głos, wstrząsający duszą Europy, i znijdzie do rzędu zwykłej parafiańszczyzny“... by tem rychlej oprzeć się „na swojem“. Przyjmijmy za pewnik, że żywiołową podstawą muzyki jest dźwięk, istotą jej rytm: — »*Rytm* w wielkich rozmiarach, jako „symetrja“ budowy, i w małych, jako ruch cząstek drobnych, zależny od pewnych praw« (częstotliwości pobudzeń)! — Rytm: — tętno wszelakiej muzyki — porusza melodję, połączoną z harmonją; wdzięczną zaś okrasą całości jest t. zw. „barwa dźwięku“, właściwa głosom i instrumentom.

Według Fr. Nietzschego właśnie: *rytm przedstawia gest muzycznego afektu.* „A więc treścią muzyki, powiada Dr. Edw. Hanslick, są dźwięki, ułożone w pewną formę i wprowadzone w ruch“. Zapewne, że ani Fr. Chopin, ani W. A. Mozart, ani Debussy nie komponowali ani dla labiryntu ani dla błony bębenkowej... Miłość podług mnie stanowi tylko pobudkę do egzaltacji, tak jak, dajmy na to, *taniec* — żywiołowy przejaw, odłamek ekstazy. Gdy J. W. Goethe w podeszłym już wieku uległ uczuciu pociągu miłosnego, obudziła się w nim równocześnie nieznana mu przedtem wrażliwość na muzykę. Pisał w tym czasie (1823 r. z Marjenbadu): „co za ogromną moc posiada teraz muzyka nade mną!“... Umuzycznić w mojem pojęciu znaczyłoby: uwrażliwić! Fizjologja wie, że to, co jako ton odczuwamy, jest molekularnym ruchem substancji nerwów. Wie, że włókna nerwu słuchowego stoją w związku z innemi nerwami i że swoje podrażnienia przenoszą na inne. Wie, że słuch ma połączenie z małym i wielkim mózgiem, z krtanią, płucami i sercem. Kwestja irradjacji przenośni wrażeniowej jest sprawą zawiłą. Lotze w swej „Medycznej psychologji“ mówi: „Obserwowanie melodji musiałoby nas doprowadzić do przyznania się, iż o fizycznych warunkach uczuć wywoływanych przez muzykę, zgoła nic nie wiemy, mimo, że nerwy pod jej działaniem zmieniają formę wzruszenia“... Przenosząc to zdanie na język psy-

chjatryczny wypadało by przez »formę wzruszenia« rozumieć: nastrój. Jak określa L. Wachholz: tony uczuciowe, które towarzyszą poszczególnym wrażeniom, jakich doznajemy ustawicznie, zlewają się w pewien ogólny akord, zwany *nastrojem*". Na sferę intelektu również oddziaływa stale sfera uczuciowa. Każda podnieta, jaka działa na nas, sprawia w umyśle naszym pewiem właściwy sobie skutek intelektualny, który *Wernicke* określa jako zmysłową treść wrażenia, a zarazem pewien skutek uczuciowy: — „*ton uczuciowy*" (Wernicke'go). — Poza temi zmianami oddziaływają nastroje i afekty na myślenie i działanie — powiada L. Wachholz, objaśniając dalej, iż towarzyszący każdemu wrażeniu ton uczuciowy jest zmienny tak pod względem swej jakości, jak i pod względem swego natężenia. Od siły tego tonu zależy, czy wrażenie dane zajmie naszą uwagę lub nie... W ciągu życia doznajemy ustawicznie wrażeń, budzących bardzo słaby ton uczuciowy, to też wrażeń tych nie uświadamiamy sobie, jako dla nas obojętnych.

A tymczasem psychologja uczy nas, że *gest* jest daleko bezpośredniejszy i bardziej przekonywujący, niż słowo — i dlatego nie ulega żadnej wątpliwości, że muzyka u starożytnych wywierała daleko bezpośredniejsze wrażenie, niż dzisiaj... kiedy górę wzięła „świadomość bytu i celów"... Jak wykwintnie się wysławia (w Quo Vadis?) H. Sienkiewicz: „Bóg stworzył wino i cnotę, ludzie wymyślili piwo i honor" Nie uważajcie tylko go za bezbożnika. Bezbożnym nie jest ten który zwalcza bogów tłumu, lecz ten który stosuje do bogów mniemania tłumu — poucza Epikur. Albowiem więcej ludzi klęka przed batem, niż przed genjalnem dziełem. — „Muzyka miała za zadanie okraszać inną sztukę za pomocą ruchu rytmicznego i rozmaitości dźwięku, a także i kontentować, gdy chodziło o intensywne wzmocnienie recytowanej deklamacji,... Greckie ucho chwytało różnice znacznie delikatniejsze, niż ucho nasze wychowane w tak zwanej równej temperaturze!... dowodzi Dr. E. Hanslick. Były to „narodziny twórczości muzycznej", jak powiada Nägeli. Sztuka muzyczna i tak zwana „muzyka natury", to obszary zupełnie różne. „Przejście z jednej do drugiej, przytacza E. Hanslick, prowadzi przez matematykę. Zdania tego nie należy jednak w ten sposób rozumieć, jakoby człowiek z umysłu uporządkował sobie tony za pomocą obliczenia!... Lecz przeważnie w tem znaczeniu, jakie jej nadaje *Fr. Nietzsche* słowy: „Chcemy dokładność i ścisłość matematyki wprowadzić we wszystkie umiejętności, o ile to tylko jest gdzieś możliwe; nie żebyśmy przypuszczali, że na tej drodze

poznamy rzeczy, lecz by przez to ustalić nasz ludzki stosunek! *Matematyka* jest tylko środkiem do powszechnej i ostatecznej znajomości ludzi!... Może właśnie w tem znaczeniu i A Schopenhauer usiłował przyjąć tak ozdobne określenie Goethego, że architektura jest zakrzepłą muzyką („die Baukunst sei eine erstarrte Musik"), snując je dalej, nazywając ruinę zamarzłą kadencją. Rzecz jedna że kto tu trąca ruinę — ten principium trąca«... (C. Norwid). — Na „porządku w ruchu" opiera się muzyka, tak jak taniec opiera się na rytmice ruchów ciała, sztuka muzyczna oddawna była czynnikiem spełniającym rolę regulatora pracy fizycznej. »*Rytm*, jak powiada *Arystoteles — jest naszą cechą przyrodzoną*« —

I dlatego Ribot nie waha się również, porównując muzykę z innemi sztukami, przyznać jej największą siłę uczucia. J. G. Huneker odważa się ją nazwać „systemem mistycznej, zmysłowej matematyki", mimo że *Erwin Rohde* w swej znakomitej pracy klasycznej „*Psyche*" (na str. 301) wyraźnie zaznacza, że jednak „Wichura tańca gasi pieśń!"... I tak mi się zdaje, że dość wyraźnie zarysowuje się podstawowa rola oddziaływania muzyki li tylko na nastrój i usposobienie dzięki swym rytmicznym właściwościom, a więc o poszczególnym utylitarystycznym kierunku „wychowawczym w sensie pospolitym mowy być nie może Gdybym się miał mylić, nie żałowałbym tego wcale, gdyż inteligentne błędy uważam za płodniejsze, niż banalne „prawdy"... Ponoć na zgromadzeniach po przemówieniach Anaksagorasa zwykła Diotima zwracać się do poszczególnych słuchaczy z zapytaniem: «Czy ty go rozumiesz?...

...Może ty go pojmujesz? — Bo rozumiesz pan? -- Genjusz dzisiaj nie w modzie!... „W republikach, widzisz pan, ma się co innego do roboty, niż być genjalnym!... Pojmujesz pan? „niepodobna *stać się* kanalją szczerą — na to trzeba daru! trzeba namaszczenia! to się ma tylko z urodzenia!... Na to i muzyka nie pomoże. Co innego, że Asklepios (Eskulap) narówn[1] z Orfeuszem i Chironem uważał muzykę jako doskonały środek uzdrawiający i uspokajający choroby. »Dusza ludu postępuje tu jak zresztą i zwykle: wierzy w to czego pragnie» — posługuję się słowy Z. Freuda. Ba, nawet „bogowie" olimpijscy posiadali swego lekarza — był nim *Poeon*. Apollo, brat bliźniaczy czarownej Artemis, przezywany Poeonem, był uważany za ojca Asklepiosa...

A nie należy zapomnieć, iż religja Heleńska właśnie polegała na kulcie Sił Natury! Zarówno w malarstwie, jak też i w rzeźbie

zawsze starali się Heleni odtworzyć jedynie *ruch*. I tylko pod tym względem są niezrównanymi „realistami“...

Ale „starożytność“ nie popłaca. Za ciąg dalszy skreślonej niniejszej wiązanki rozważań nad poruszoną sprawą uznać można podaną w zesz. n Psychjatr.“ *1931 r.* rozprawkę o „Nowej Muzyce“. zem na zakończenie oświadczymy, iż tylko *wibracj* m względzie: taniec i rytm dźwiękowy) stanow pewnym względem niewątpliwy *akt płomienia:* »to *Jedno* chce grać we *Wszystko*«...

Co do reszty można śmiało powiedzieć, iż »wszystko przemijające jest tylko przypowieścią«. —

Wszelkiego rodzaju zakłopotanie w rytmice musi powodować i wywoływać przeróżne dyssonanse, ale to nie wchodzi w zakres tutaj poruszanych rozważań.

Natomiast „wszelakie rzeczy o dobrym rytmie gorączki — *władają*“. (P. Valéry). —

Na szczęście: In magnis voluisse sat est.

Istotnie, jak mówi J. W. Goethe: „Tylko ten może poważać naprawdę, kto siebie samego nie szuka... Tak, mój drogi, istnieje też produktywność czynów Napoleona!“... Kto chce świecić, ten musi się spalać. A dlatego

„I w Napoleońskie wierząc przeznaczenie...
Stolico! gdzie nikt nie myśli głęboko,
Gdzie zabroniono nawet myśleć płasko,
Niech Twój rząd stworzy jakie słowo święte
Na niemyślenie, jak na *far — niente*!“...

— „Bo ja tam kończę się, gdzie możność moja“. —

Dr. WITOLD HALICKI — Świecie n|W.

Ś. p. P. B. GANUSZKIN.

Wspomnienie pośmiertne.

W dniu 23 lutego 1933 r. umarł znakomity psychjatra rosyjski P. B. Ganuszkin, ur. w 1875 r. w Riazaniu, gdzie też skończył gimnazjum. Uniwersytet absolwował w Moskwie w 1898 r. Bezpośrednio potem pracował w klinice psychjatrycznej u prof. Korsakowa. W 1904 r. otrzymał na podstawie rozprawy „Ostra paranoja“ tytuł doktora medycyny; w tym też roku w charakterze prywdocenta prowadził kurs wykładów na wydziale lekarskim pod tytułem „Nauka o patologicznych charakterach“. W r. 1906 porzucił klinikę i był czynny, jako ordynator w Kanatczikowej Willi, oraz jako redaktor założonego wówczas czasopisma „Współczesna psychjatrja“. W 1910 r. przerwał wykłady na uniwersytecie. Od 1914 r. pracował jako lekarz wojskowy w charakterze starszego ordynatora w Morskim Szpitalu w Petersburgu. W 1917 r. objął posadę w Moskwie w „Kanatczikowej Willi“. W 1918 r. został profesorem psychjatrji pierwszego Moskiewskiego uniwersytetu, w 1919 prezesem związku Psychjatrów i Neuropatologów. G. brał czynny udział w organizacji neuro - psychjatrycznej sekcji przy NKZdrowiu R. S. F. S. R. i w redakcji czasopisma Korsakowa późniejszego „Sowiecka Neuropatologja, Psychjatrja i Psychohygjena“. Z prac naukowych, które napisał prof. Ganuszkin, należy wymienić „Ostra paranoja“, „Schizofreniczna Konstytucja“, oraz „Histeryczny i psychasteniczny charakter“. Wreszcie w końcu życia swego napisał książkę pod tytułem „Klinika Psychopatji“; jej wydania już się nie doczekał.

P. B. Ganuszkin był nietylko teoretykiem, lecz przedewszystkiem wybitnym klinicystą, pełnym poświęcenia lekarzem, kochającym chorych i umiejącym zbliżyć się do nich. Jako świetny pedagog gromadził Ganuszkin na wykładach wielkie rzesze studentów, a nawet lekarzy sąsiednich miast.

W osobie P. B. Ganuszkina traci rosyjska psychjatrja wybitnego uczonego, utalentowanego pedagoga i ofiarnego społecznika.

Dr. A. Zakrzewska — Dziekanka.

Sprawozdanie

z działalności Warszawskiego Towarzystwa Pomocy lekarskiej i opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi, za rok 1931 - 33. Warszawa 1933.

Sprawozdanie zawiera:

Protokół zwyczajnego walnego zgromadzenia członków Warszawskiego Towarzystwa Pomocy lekarskiej i opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi w Warszawie w dniu 24. czerwca 1932 r. Sprawozdanie z działalności zarządu Towarzystwa za rok 1932-33. Sprawozdanie z działalności i kronikę życia zakładowego w Drewnicy. — Sprawozdanie z działalności sanatorjum w Karolinie. — Sprawozdanie rachunkowe. — Preliminarze budżetowe. — Listę członków Towarzystwa.

Tablica ogólnego ruchu chorych w Drewnicy wykazuje pozostałych na rok następny 175 mężczyzn i 245 kobiet, razem 420 pacjentów. Największą liczbę stanowią chorzy z rozpoznaniem: schizophrenia (158). Następne liczby wykazują chorzy na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym (18), na niedorozwój umysłowy (15), porażenie postępujące (14), psychozę maniakalno - depresyjną (11), i t. d.

Dane ogólne kroniki życia sanatorjum w Karolinie podają w ogólnym ruchu chorych ogółem 267 osób. Najwięcej chorych wykazują rubryki chorych na wyczerpanie nerwowe (30), psychastenję (28), i t, d.

W sekcji opieki pozazakładowej pozostało na rok 1933 - 34 mężczyzn 64 i kobiet 58.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

XIV. Sprawozdanie Zakł. Psychjatrycznego w Tworkach za rok 1932.

Dane ogólne ruchu chorych w roku 1932 wykazują liczbę chorych pozostających na rok 1933 mężczyzn 552, kobiet 464, razem 1012 na gólną liczbę chorych leczonych 1713, z czego wypadało na mężczyzn 988, na kobiety 775.

Podział podług rozpoznania podaje największą liczbę dla schizofrenji. Pozostawało chorych na schizofrenję na rok następujący 343 mężczyzn i 303 kobiet. Na chorych niedorozwiniętych przy-

pa dała liczba, 69 osób 48 mężczyzn, 21 kobiet, na paralityków 53 osoby, 47 mężczyzn, 6 kobiet, na padaczkowych 52 osoby, 31 mężczyzn, 21 kobiet, na alkoholików 18, samych mężczyzn. Chorych na psychozę manjakalno depresyjną pozostało na rok następujący razem 35, mężczyzn 7, kobiet 28. Psychopatów pozostało razem 29 osób, 15 mężczyzn, 14 kobiet, chorych na zaburzenia psychiczne pośpiączkowe razem 16 osób, 12 mężczyzn, 4 kobiety. Liczby chorych na inne choroby psychiczne były stosunkowo niskie, a więc i osób chorych na psychozy reaktywne pozostało tylko 6, i to mężczyzn 4, a 2 kobiety, z ogólnej liczby 15 leczonych na tę psychozę.

Najwięcej chorych dostarczyło województwo Warszawskie i stołeczne miasto Warszawa. Wszystkie inne województwa Polski miały swoich przedstawicieli z wyjątkiem Tarnopolskiego. 3 chorych należało do grupy „cudzoziemców", u 30 chorych nie można było skonstatować pochodzenia.

Wedle wyznań było najwięcej katolików, dalej izraelitów, prawosławnych, ewangelików i t. d.

Procent osobników wolnego stanu przewyższał procent osobników żonatych i zamężnych.

Zestawienia podziału podług wykształcenia, wieku, zajęć zawodowych, rozpoznania łącznie z wynikami wyleczenia, umieralności według miesięcy, śmiertelności podług wieku i płci, przyczem zejść śmiertelnych, pacjentów kryminalnych, podsądnych, młodocianych, pracy chorych uzupełniają sprawozdanie.

Osobny rozdział poświęcono rozrywkom chorych. Czytamy o 13 zabawach tanecznych w ciągu roku, 6 zabawach chorych wspólnie z personelem szpitalnym i lekarzami, 9 zabawach tanecznych pracowników szpitalnych, 12 przedstawieniach amatorskich, jednym koncercie muzyki i tańców plastycznych, dwu obchodów rocznic i jednym odczycie dla pracowników szpitala.

W dniu 16. VII. nastąpiło otwarcie klubu sportowego.

Wciągu roku sprawozdawczego wyświetlono 44 filmów.

Bibljoteka składa się z następujących dzieł:

a) beletrystryki polskiej	935
b) „ tłumaczonej	717
c) książek naukowych, podróży etc.	404
d) „ dla dzieci	345
e) poezyj i dzieł ilustrowanych	259
f) różnych innych	873
Razem	3534

Lekarzy czynnych w Zakładzie było 14, w czem 1 dyrektor, 4 prymarjuszów (starszych ordynatorów), 2 ordynatorów, 1 prosektor i 6 asystentów. Personel pielęgniarski składał się z 167 osób.

W praktycznym kursie pielęgniarstwa, z przedmiotami wykładowemi, psychjatrja, higjena, anatomia, pielęgniarstwo somatyczne, kurs języka polskiego z nauką dykcji i pogadankami literackiemi brało udział przeciętnie 55 osób.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

NADESŁANE.

Ministerstwo Opieki Społecznej w Warszawie

nadesłało do Redakcji Nowin Psychjatrycznych następujące Komunikaty do wykorzystania:

1) Okólnik Nr. 19-33. Zmiany podziału czynności Wydziałów (Oddziałów) Opieki Społecznej i Wydziałów (Oddziałów) Zdrowia.

2) Okólnik Nr. 24-33. Wewnętrzne urządzenie aptek.

3) Okólnik Nr. 23-33. Związek pracy obywatelskiej kobiet, zbiór i suszenie ziół leczniczych dziko rosnących.

4) Komunikat w sprawie szczepień przeciw durowi osutkowemu metodą Profesora Weigla.

5) Okólnik Nr. Z. F. 63) 48-1. Przechowywanie ośrodków odurzających.

6) Okólnik Nr. 28-33. Koncesje apteczne z dnia 6 lipca 1933. Nr. Z. F. 11-96. I.

7) Okólnik Nr. 30. Wsprawie szczepienia zimnicy.

8) Okólnik Nr. 27-33. Surowica przeciw jadowi żmij i zapaleniu przednich rogów rdzenia.

9) Protokół plenarnego posiedzenia Państwowej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych, które się odbyło w dniu 30 maja 1932 roku w Departamencie Służby Zdrowia.

Pod liczbą 8. Ref. Dr. Witold Łuniewski, Dyrektor Państwowego Szpitala dla psychicznie chorych w Tworkach przemawiał na temat: O opiece pozazakładowej nad psychicznie chorymi.

Mówca zaznaczył, że sprawa opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi jest obecnie bardzo aktualna, gdyż znaczne koszty opieki zakładowej przekraczają często możności płatnicze zarówno

osób prywatnych, jak w szczególności samorządów, i dokonywa się już żywiołowy proces odbierania chorych z zakładów i lokowania ich poza zakładami. Ze względu na przepełnienie istniejących u nas zakładów psychjatrycznych i notorycznie znany brak miejsc dla pomieszczenia psychicznie chorych, rozwój opieki pozazakładowej mógłby częściowo zaspokoić potrzeby ludności i złagodzić potrzebę budowania nowych zakładów, połączonego z olbrzymiemi kosztami. Należy się jednak obawiać o to, że proces rozwoju opieki pozazakładowej, nieuregulowany kontrolą władz państwowych, odbywający się „dziko“, może wprowadzić całą tę tak doniosłą i pożądaną sprawę na tory chaosu.

Istnieje kilka typów opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi, mających już swoje tradycje. Jeden z tych typów, który możnaby nazwać typem adneksyjnym, znalazł najszczersze zastosowanie w Niemczech; spotykamy ten typ opieki pozazakładowej także i u nas w Polsce w dzielnicach b. zaboru pruskiego. W tym typie opieki chorych, którzy przeszli obserwację zakładową, umieszcza się w pobliżu zakładu w rodzinach byłych pielęgniarzy i pielęgniarek zakładowych. Chorzy nie zatracają całkowice kontaktu z Zakładem, pozostają pod pewną kontrolą lekarzy Zakładu, korzystając z niektórych urządzeń Zakładu (jak np. kąpiele, pranie bielizny i t. p.)

Drugi typ opieki pozazakładowej, który możnaby nazwać typem koncentracyjnym, polega na tem, że chorych koncentruje się w pewnej miejscowości, gdzie urządza się kolonję. Klasycznym przykładem tego typu jest sławna kolonja flandryjska w Geehl, w dzisiejszej Belgji, mająca za sobą tradycję kilkunastu wieków. Motywem powstania kolonji w Geehl, odnoszonego do VII wieku naszej ery, była wiara w cudowność grobu św. Dynfiny. Niezwykłe wyniki lecznicze, wyrażające się w adoptacji psychicznie chorych do współżycia ze zdrową ludnością na wolności zawdzięcza Geehl swej wielowiekowej tradycji i temu imponującemu rozwojowi zalet pielęgniarskich, jakie wieki wyrobiły w ludności kolonji przez szereg pokoleń.

Liczne próby naśladowania kolonji w Geehl, przedsiębrane w tej samej Belgji, w Holandji i Francji, nie dały dotychczas tych wyników, jakiemi szczyci się Geehl.

W Polsce według wzorów typu koncentracyjnego rozwija się opieka pozazakładowa w żydowskich wioskach Deksznie i Lej-

punach w Województwie Wileńskiem. Należy już dziś z naciskiem podkreślić, że w rozwoju tych naszych domorosłych kolonij wkradły się momenty bardzo niepożądanej spekulacji, które mogą zasadniczo ideę kolonij wypaczyć. I staje się rzeczą bardzo pilną rozciągnięcie ścisłej i surowej kontroli władz nad czynnościami kolonij.

Trzeci typ opieki pozazakładowej, który możnaby nazwać typem dyspersyjnym, rozwinął się najdoskonalej w Szkocji. Polega na tem, iż chorych, którzy przeszli obserwację zakładową, rozprasza się po całym kraju w ich własnych rodzinach lub w rodzinach obcych. Chorzy pozostają pod opieką komitetów parafjalnych, mających swoich lekarzy, obeznanych z zasadami psychjatrji i pozostających pod koordynującym wpływem głównego krajowego urzędu psychjatrycznego.

Najdoskonalszą formę opieki pozazakładowej spotykamy na terenie działalności zakładu psychjatrycznego w Erlangen w Bawarji. Typ opieki, zapoczątkowanej na tym terenie przez Kolta, możnaby nazwać typem regjonalnym. Opieka pozazakładowa tego typu łączy w sobie zalety typu dyspersyjnego i adneksyjnego.

Chorzy, rozproszeni po całym terenie, stanowiącym okrąg Zakładu, pozostają pod opieką lekarzy, rozmieszczonych w kilku punktach okręgu zakładowego. Lekarze ci są lekarzami zakładu, utrzymują stały kontakt z zakładem i mają do pomocy wyszkolony personel pielęgniarski, przenikający do najdalej położonych punktów okręgu zakładowego. Tak skonstruowana sieć opieki pozazakładowej, związana z ośrodkiem zakładowym ścisłą więzią organizacyjną, daje doskonałe wyniki. Umożliwia z jednej strony szybkie przeniesienie każdego chorego do zakładu, jeśli zajdzie tego potrzeba, z drugiej zaś szybkie zwalnianie chorych z zamkniętego zakładu, co staje się bardzo utrudnione w tych przypadkach, kiedy miejsce zamieszkania chorego jest odległe od zakładu i zachodzi obawa, że pogorszenie stanu zdrowia chorego może zagrażać bezpieczeństwu jego rodziny lub otoczenia. Opieka lekarska i pielęgniarska, dostępna dla chorego w miejscu jego pobytu poza zakładem, ma możność przedsięwzięcia środków zapobiegających ewentualnym konfliktom chorego z jego dawnem lub nowem otoczeniem, i tym sposobem bardzo wydatnie zmniejsza przypływ chorych do zakładu i potrzebę rozbudowywania sieci zamkniętych zakładów.

Zastanawiając się nad tem, jaki kierunek należałoby nadać rozwijającemu się żywiołowo ruchowi lokowania psychicznie chorych poza zakładami w Polsce, trzeba przyjść do wniosku, że przewodnim wzorem dla nadania właściwego kierunku tej sprawie powinien być regjonalny typ opieki. Zaszczepienie tego wzoru wymaga jednak tego, by przynajmniej każde województwo posiadało dla swoich potrzeb choćby po jednym zakładzie, który mógłby się stać ośrodkiem prawidłowo zorganizowanej sieci opieki regjonalnej.

9. O stosowaniu soli jodowej wśród okolic podgórskich.

Ref. Dr. Witold Przywieczerski, Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych.

W ostatnich czasach zauważono, że powiększenie tarczycy (wole) coraz częściej pojawia się w krajach, w których dotychczas występowało stosunkowo rzadko; zauważono również wzrost wola u dzieci szkolnych i to nietylko w Szwajcarji, Niemczech i Austrji, lecz również w Polsce.

Wzrost wola u nas stwierdzili lekarze szkolni w stosunku do młodzieży szkolnej, a komisje poborowe — w stosunku do młodzieży starszej w wieku poborowym. Najwięcej wole występują u nas w powiatach podgórskich czterech województw południowych.

Aczkolwiek nie jest wiadoma przyczyna powstania wola, to jednak faktem jest, że w patogenezie wola woda odgrywa nieostatnią rolę, a zmniejszona w niej, jak również w pokarmach, ilość jodu w pewnych miejscowościach ściśle wiąże się z powstaniem wola w tych właśnie miejscowościach (według Dr. Fellenberga). Oddawna więc zaczęto stosować jod w chorobie wola, jako środek leczniczy, ale w zbyt dużych dawkach, co bardzo często zwłaszcza u osób wrażliwych na działanie jodu, powodowało pogorszenie stanu chorobowego, mianowicie wywołało nadczynność tarczycy. Z chwilą, kiedy lekarz szwajcarski Hunzinger zwrócił uwagę, że minimalne dawki jodu wystarczają, aby usunąć wole u dzieci szkolnych, zaczęto w Szwajcarji przy poparciu Prof. Koehna i Prof. Roux'a stosować jod w bardzo małych dawkach (5 mgr. jodu potasu na 1 kg. soli kuchennej) na szerszą skalę.

Sól jodowa ani smakiem ani wyglądem nie różni się od soli zwykłej, a sposób przyrządzania jej jest bardzo prosty: sól kuchenną spryskuje się odpowiednim rozczynem Kali jodati, a następnie miesza się na sucho w ciągu 10 m.

Ponieważ akcja w Szwajcarji i Austrji dała tam dobre wyniki,— liczba dzieci dotkniętych wolem, spadła, poprawił się natomiast ogólny ich rozwój fizyczny — Departament Służby Zdrowia zajął się tą sprawą i poczynił kroki celem rozpoczęcia dostarczania ludności w powiatach podgórskich soli jodowej; przed ostatecznem jednak przystąpieniem do tej akcji Departament Służby Zdrowia zasięgnął opinji fachowej wybitnych klinicystów, którzy z wyjątkiem jednej opinji z temi lub innemi zastrzeżeniami zgodnie wypowiedzieli się przychylnie w stosunku do Departamentu Służby Zdrowia, przyznając słuszność i celowość wprowadzenia soli jodowej do użytku, jako akcji profilaktycznej przeciwwolowej.

W kantonie Vaud w Szwajcarji używanie przez ludność soli jodowej wprowadzone przymusowo, w Austrji natomiast dowolnie.

10) Pismo ogólne. Nr. Z. H. 71-IV-2-1. Spis chorych wenerycznych.

11) Okólnik Nr. 35-33. Delegowanie Naczelników Wydziału Zdrowia na kurs O. P. L. G.

12) Okólnik Nr. Z. H. 68-1 b) 16-1. Dni przeciwgruźlicze. Do okólnika dołączono projekt statutu prewentorium.

Trzeźwość.

Miesięcznik ilustrowany, organ polskiego Towarzystwa Walki z alkoholizmem „trzeźwość“ i abstynenckiej ligi kolejowców pod redakcją Jana Szymańskiego, nadesłał nam Nr. 4 - 6, poświęcony XIV Zjazdowi lekarzy i przyrodników polskich, składając mu życzenia pomyślnych i skutecznych obrad.

Na czele znajduje się artykuł profesora Dr Pawła Gantkowskiego o analizie obecnych podstaw naukowych walki z alkoholizmem, wskazujący na łączność wybryków w stanie nietrzeźwym u niektórych przygodnie odurzonych alkoholem z ich usposobieniem schizoidalnem, zwracający uwagę na powstawanie alkoholu w ustroju, jako przejściowego fizjologicznego wytworu przemiany materji węglowodanowej, dalej na wpływ szkodliwy alkoholu na wydajność pracy zarówno kwantytatywną, jak i kwalitatywną, a w końcu na skutki przewlekłego alkoholizmu objawiające się w chorobie psychicznej podkopujące szczęście i byt całych rodzin, doprowadzadzające je do ostatecznej niedoli i najtragiczniejszych przejść.

Prof. Dr. Zofja Daszyńska ogłasza wykład wygłoszony na kursie alkohologji w 1932 r. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie: Walka z alkoholizmem nie z alkoholem, podając sposoby i rodzaje zużytkowania alkoholu w przemyśle, w gospodarstwie rolnem i domowem.

Dr. Wł. Hnatkiewicz występuje w artykule „Dla czego zostałem abstynentem“ przeciw stosowaniu alkoholu w leczeniu, przekonawszy się na sobie samym, że nawet małe dawki alkoholu stale używanego przyczyniają się do przyzwyczajenia się do trucizny, jaką jest alkohol i do powolnego osłabienia chęci i energi do pracy.

Z dalszych artykułów zasługują na uwagę szczególnie „Mleko i alkohol“ Dr. Stanisława Skalskiego, „Harcerstwo i walka z alkoholizmem Heleny Gogulskiej, „Tragiczna wymowa liczb“ Dr. K. Dąbrowskiego, „Alkohol i nierząd“ Dr. W., „Propaganda trzeźwości pracą dla Państwa“ Jana Szymańskiego.

Artykuły, odezwy i sprawozdania przeplatają utwory beletrystyczne, zastosowane do celów wydawnictwa.

Na osobnem miejscu podano sylwetki literackie „zasłużonych“ w walce z alkoholizmem, a więc Prof. Dr. Pawła Gantkowskiego, Dr. Karola Zaleskiego i Kazimierza Kalinowskiego.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE - Dziekanka.

Errata.

Str. 197 wiersz 10 od góry zamiast pobudzając do ma być *pobudzającego.*

Str. 200 wiersz 10 od góry zamiast krwi ma być *krwinek.*

W ten sam sposób należy odnośnie do pracy Dr. St. Świerczka i Dr. St. Kaiser-Świerczkowej zmienić wszędzie opadanie krwi na *opadanie krwinek.*
